

## EL PREVISOR PLAN B

### SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL PREVISOR PLAN B 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:

#### **BENEFICIO MAXIMO DE POR VIDA POR ASEGURADO**

Es el monto máximo de gastos incurridos por EL ASEGURADO y que serán cubiertos por LA COMPAÑÍA siempre que la póliza se encuentre vigente.

#### **CENTRO DE TRASPLANTE**

Significa una institución, la cual:

1. Tiene la licencia respectiva y funciona como un Hospital de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio.
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.
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.
4. Proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados; y
5. Posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo trasplantes

#### **CIE-10**

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. La revisión es coordinada con la Organización Mundial de la Salud a través de los centros colaboradores. **El CIE-10 se podrá ubicar en la página web [www.mapfre.com.pe](http://www.mapfre.com.pe) , así como en la página web de la Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/es/>**

#### **CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA**

Documento que contiene la identificación del **TITULAR** y **DEPENDIENTES**, la vigencia del seguro, prima comercial y prima comercial más IGV, la

especificación, en su caso, de las condiciones especiales del riesgo, así como la Tabla de Beneficios y Gastos Cubiertos que resume las condiciones básicas y el detalle cuantitativo de las coberturas y beneficios otorgados.

### **CÓNYUGE**

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

### **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.

### **DONANTE**

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

### **ELECTIVO (a)**

Es aquel tratamiento, cirugía, procedimiento o Período de Hospitalización (o parte de un Período de Hospitalización), que puede ser ordenado o programado a conveniencia del paciente, sin que se ponga en peligro su vida o sin causarle severos trastornos a alguna de sus funciones vitales.

### **EMERGENCIA ACCIDENTAL**

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

### **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 causó la Emergencia Médica dejan de constituir un serio trastorno o mal funcionamiento de un órgano o de una función vital de una persona, y la condición física del paciente se ha estabilizado.

**ENDOSO**

Documento que se adhiere a la póliza y mediante el cual se modifica(n) alguno(s) de los términos y condiciones de la misma.

Surte efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por LA COMPAÑIA y EL CONTRATANTE, según corresponda.

**ENFERMEDAD(es) CONGÉNITA(s)**

Se considera enfermedad congénita, toda aquella enfermedad adquirida durante el periodo embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo al CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud.

**ENFERMEDAD EPIDÉMICA**

Enfermedad infecto – contagiosa que afecta simultáneamente a un gran número de la población y que haya sido declarada como tal por el Ministerio de Salud (MINSA).

**EVENTO**

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

**EXPERIMENTAL**

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

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

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

Agencia del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica responsable de la regulación de alimentos (tanto para seres humanos como para animales), suplementos alimenticios, medicamentos (humanos y veterinarios), cosméticos, aparatos médicos (humanos y animales), productos biológicos y productos hemáticos.

Sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de fármacos.

**GASTOS NORMALES Y RAZONABLES**

Significa un cargo que, usualmente cobraría el proveedor de servicios médicos por un servicio igual o similar al que es materia del siniestro y que no excede el cargo usual cobrado por la mayoría de los proveedores por el mismo o similar

servicio o suministro dentro de la zona geográfica en la que es prestado el servicio, para las atenciones médicas en el Perú.

### **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 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados; y
4. Posee los equipos e instalaciones necesarias para efectuar intervenciones de cirugía mayor.

**Esta Póliza usará el término hospital para representar todas las instituciones arriba señaladas. El término Hospital NO incluye una institución que es usada principalmente como un centro para:**

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

### **MÉDICO**

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

### **MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA**

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

1. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad, Accidente o Emergencia Médica de la Persona Asegurada; y
2. No excede en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado, necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado; y
3. Ha sido prescrito por un Médico; y

4. Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento; y
5. En el caso de un paciente internado en un Hospital no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.

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

**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).

### **MÉDULA ÓSEA**

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

### **NIVEL DE EVIDENCIA IIA**

Dentro de toda la gama de estudios médicos, existen algunos cuyo diseño permite brindar mejores recomendaciones. A la calificación de esos estudios se les denomina NIVELES DE EVIDENCIA, y van en una escala del I (mejor diseño, con conclusiones sólidas) al IV (pobre diseño, sus conclusiones carecen de solidez). El nivel de evidencia IIA, según la clasificación de la “Agency Healthcare Research and Quality” (institución internacional que vela por la adecuada atención médica), se define como: las conclusiones brindadas proceden de un estudio comparativo, prospectivo, pero sin aleatorizar. Esto significa que el estudio realizado comparó por ejemplo una nueva terapia contra un tratamiento estándar, pero la distribución de los pacientes no fue al azar, lo cual reduce la calidad de las conclusiones. Por esto el nivel de evidencia IIA es tomado como límite para determinar la fortaleza de los estudios disponibles sobre la evaluación de una terapia, insumo o fármaco.

### **ÓRGANO**

Significa una parte del cuerpo que ejerce una función específica.

### **PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN O DE INTERNAMIENTO**

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

### **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.

### **RECEPTOR**

Significa un **ASEGURADO** que ha recibido o está en el proceso de recibir un trasplante cubierto bajo esta Póliza.

### **RED DE PROVEEDORES**

Significa un profesional o institución que suministra asistencia o servicios sanitarios, tales como Médicos, Hospitales, Clínicas, etc. designados por **LA COMPAÑÍA**. La Red de Proveedores está sujeta a las modificaciones que **LA COMPAÑÍA** estime conveniente únicamente en la renovación, las mismas que serán comunicadas por escrito de manera cierta al **CONTRATANTE** a través de los medios y en la dirección previamente acordado con el contratante y/o el asegurado con al menos 45 días de anticipación previos al vencimiento del contrato, en concordancia con el Art. 7 de las Cláusulas Generales de Contratación

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

### **RESIDENTE**

**Es la persona nacional o extranjera que reside al menos 6 meses en el Perú.**

### **SUBLÍMITE MÁXIMO DE POR VIDA**

Se entiende que es el máximo pago que **LA COMPAÑÍA** asumirá en tanto el seguro se encuentre en vigor para los siguientes beneficios: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

**No existe restitución de suma asegurada para estos beneficios.**

### **TABLA DE BENEFICIOS**

Relación de las diferentes alternativas o planes en donde se describe (en cada uno) los Beneficios Máximos por persona, tales como límites asegurados, deducibles, etc., referidos a las coberturas de hospitalización, ambulatorio, sepelio, etc.; cuyos términos y condiciones forman parte integrante de este seguro.

### **TEJIDO**

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

### **TERRORISMO**

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

### **TRASPLANTE(s)**

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

### **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 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.

### **UCR: (Usual, Customary and Reasonable)**

Es el costo usual, acostumbrado y razonable por las prestaciones de salud para las atenciones médicas en el extranjero.

Para mayor información podrá visitar la página web [www.cuidadodesalud.gov/es/](http://www.cuidadodesalud.gov/es/).

### **Artículo 2º: PERSONAS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLES.**

Son personas hábiles para ser aseguradas:

2.1. En calidad de **TITULAR**: Cualquier persona que no haya cumplido los sesenta y uno (61) años de edad y tenga la calidad de residente en el Perú.

2.2. En calidad de **DEPENDIENTE**: El (la) cónyuge o el (la) conviviente del **TITULAR** que no haya cumplido los sesenta y uno (61) años de edad, que tenga la calidad de residente en el Perú.

Además también serán considerados los hijos matrimoniales o extramatrimoniales reconocidos o legalmente adoptados durante su minoría de edad, hasta los veinticinco (25) años de edad, siempre y cuando sean solteros, y tengan la calidad de residentes en el Perú con el mismo domicilio que el **TITULAR**.

**El límite de permanencia para los hijos dependientes será al cumplir los 25 (veinticinco) años de edad. En los casos que la edad límite se cumpla**

en el transcurso de la vigencia anual, la exclusión se producirá al término de dicha vigencia sin necesidad de mediar aviso previo de LA COMPAÑÍA.

### **Artículo 3º: RESIDENCIA**

La presente póliza se extiende en consideración a que el TITULAR y sus DEPENDIENTES inscritos residen en el Perú. En caso el TITULAR cambiara de país de residencia, o se estableciera por un tiempo mayor de noventa (90) días calendarios en otro país, este contrato podrá ser resuelto por LA COMPAÑÍA, previa comunicación a EL CONTRATANTE, procediéndose a la devolución de la prima que correspondiera hasta el vencimiento de la anualidad.

Si fuera un DEPENDIENTE el que cambiara su país de residencia, o se estableciera por un tiempo mayor de noventa (90) días calendarios en otro país, éste podrá ser excluido de la póliza previa comunicación al CONTRATANTE, procediéndose a la devolución de la prima que correspondiera hasta el vencimiento de la anualidad por ese DEPENDIENTE.

No se resolverá la póliza ni se excluirá al DEPENDIENTE, según corresponda, cuando el TITULAR o DEPENDIENTE se encuentre fuera del país a causa del tratamiento de un riesgo cubierto por esta póliza.

### **Artículo 4º: BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS**

El término "Gastos Cubiertos" que se emplea en esta Póliza, se refiere a los gastos en que incurra el ASEGURADO en el Perú y en el extranjero, 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.

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

#### **4.1. BAJO SISTEMA DE CRÉDITO**

##### **4.1.1 GASTOS CUBIERTOS POR HOSPITALIZACIÓN**

- a) Habitación estándar, individual con baño propio, alimentación, incluyendo dietas especiales y cuidados normales en un Hospital o Clínica, legalmente establecida.



- b) Sala de operaciones, sala de recuperación, sala de cuidados intensivos, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, tomografías, ecografías, resonancias magnéticas, exámenes especializados, análisis de laboratorio, oxígeno, anestesia, isótopos radioactivos, enyesado, entablillado, vendas.
- c) Alquiler de pulmón de acero, y otros equipos, aparatos y dispositivos médicos, siempre que el médico tratante certifique que tales auxilios son imprescindibles para la recuperación del paciente.
- d) Honorarios Médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- e) Otros servicios que tengan directa relación con el tratamiento médico.

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

La presente cobertura se brindará en el Perú y en el extranjero.

#### **4.1.2. GASTOS AMBULATORIOS CUBIERTOS**

- a) Honorarios médicos por tratamiento en consultorio.
- b) Medicamentos, exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento, y procedimientos, siempre y cuando estén sustentados por la evidencia médica actual y disponible, para un adecuado diagnóstico y tratamiento.
- c) En caso de cirugías ambulatorias que exijan la utilización de sala de operaciones, se cubrirán los gastos bajo las condiciones de una atención hospitalaria.
- d) En caso de una atención utilizando el sistema de crédito ambulatorio los gastos estarán afectos a un deducible y coaseguro según se indica en la Tabla de Beneficios.

La presente cobertura se brindará en el Perú y en el extranjero.

#### **4.1.3. EMERGENCIA ACCIDENTAL:**

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

accidente. Los gastos posteriores serán atendidos bajo la cobertura de tratamiento ambulatorio. Si el paciente es internado por disposición del médico tratante, los gastos serán amparados bajo la cobertura de hospitalización.

Se consideran como Emergencias Accidentales las siguientes situaciones:

Son todas aquellas derivadas de accidentes y que ponen en peligro la salud de EL ASEGURADO, como por ejemplo:

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

**Los casos no calificados como emergencia accidental, serán considerados como consulta médica ambulatoria.**

La presente cobertura se brindará en el Perú y en el extranjero.

#### **4.1.4. CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO**

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

Esta cobertura se brinda solo en Lima - Perú.

#### **4.1.5. GASTOS DE SEPELIO EN EL PERÚ O EN EL EXTRANJERO:**

Esta cobertura ampara todos los gastos de sepelio por los conceptos de ataúd, nicho perpetuo, capilla ardiente, carroza, y gastos administrativos con motivo del fallecimiento del ASEGURADO titular o dependiente por enfermedad o accidente cubierto por esta Póliza, de acuerdo con los costos vigentes en el lugar que se realice la sepultura y hasta los límites señalados en la Tabla de Beneficios, además del transporte del cadáver al país donde la póliza fue adquirida y el ASEGURADO deba ser sepultado; únicamente a través del proveedor designado por LA COMPAÑÍA y hasta el límite señalado en la Tabla de Beneficios.

La presente cobertura se brindará en el Perú y en el extranjero.

#### **4.1.6. OFTALMOLOGÍA:**

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

Esta cobertura se brinda solo en el Perú.

#### **4.1.7. ODONTOLOGÍA:**

El beneficio odontológico cubre solo en el Perú y a través de crédito, de acuerdo a las condiciones estipuladas en la Tabla de Beneficios, lo siguiente:

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

Esta cobertura se brinda solo en el Perú.

#### **4.1.8. SERVICIO DE EMERGENCIA MÉDICA**

El servicio de atención de emergencias en la ciudad de Lima, se otorga, sin efectuar pago alguno, única y exclusivamente a través de la Central de Asistencia de la Compañía y se limita a estabilizar el problema médico inmediato, o a trasladar al asegurado a un centro hospitalario, en donde para ser atendido se aplicarán las limitaciones y restricciones que se señalan en el presente condicionado.

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

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

Se consideran como Emergencias Médicas las siguientes situaciones:

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

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

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

Esta cobertura se brinda solo en Lima- Perú.

#### **4.1.9. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN EN EL PERÚ**

Cubre el 100% de los gastos por traslado en ambulancia y/o avión comercial de pasajeros, únicamente cuando por una emergencia médica o accidental el paciente asegurado tenga que ser evacuado, previa certificación médica, al lugar que el facultativo considere más adecuado. Este servicio se brinda exclusivamente a través de nuestra Central de Asistencia.

Esta cobertura se brinda solo en Perú.

#### 4.1.10. COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJES NACIONALES E INTERNACIONALES

Esta cobertura se otorga exclusivamente a través de nuestra Central de Asistencia.

COBERTURA	CARACTERÍSTICAS
a Transporte o repatriación sanitaria en caso de lesiones o enfermedad.	Traslado a centro hospitalario o domicilio habitual.
b Traslado en ambulancia por emergencias dentro de la ciudad.	Traslado a centro hospitalario, de Lima o domicilio habitual
c Transporte o repatriación de los asegurados acompañantes.	Hasta su domicilio habitual o hasta el lugar donde el asegurado se encuentre hospitalizado.
d 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 (según condiciones particulares) En el Extranjero: Gastos de transporte (ida y vuelta) + gastos de estadía (según condiciones particulares)
e 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.
f Asistencia sanitaria por lesión o enfermedad del asegurado en el extranjero.	Por viaje y por asegurado (según condiciones particulares)
g Prolongación de la estancia del asegurado en el extranjero.	Gastos de Hotel: (según condiciones particulares)
h Transporte o repatriación del asegurado fallecido y de los demás acompañantes.	Trámites y gastos de traslado del asegurado hacia el Perú.
i Transmisión de mensajes urgentes.	Relativos al evento que dio origen a las prestaciones.
j Envío de medicamentos urgentes fuera de Perú.	Envío fuera del Perú si no es posible obtenerlos en el lugar donde se encuentre.
k 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:

COBERTURA	CARACTERÍSTICAS
Localización y transporte de los equipajes y efectos personales.	Asesoría para la denuncia de robo o extravío, envío de equipaje.
Suministro de fondos en caso de extravío del equipaje en vuelo regular.	Luego de las 24 horas de arribo a lugar de destino (según condiciones particulares).

Ámbito territorial de la cobertura de Asistencia en Viajes:

ÁMBITO TERRITORIAL	COBERTURAS
En el Perú y en extranjero.	a, b, c, d, e, h, k
Exclusivamente en el extranjero.	f, g, i, j; beneficios válidos por un periodo máximo de 60 días a partir de la fecha de inicio del viaje.

Esta cobertura se brinda solo en el Perú y en el extranjero.

#### 4.1.11. SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA):

**LA COMPAÑÍA reconocerá los gastos derivados de esta enfermedad, específicamente cubiertos por esta póliza durante los períodos y por los montos que se señalan en la Tabla de Beneficios:**

- 1. Si el virus de Inmuno Deficiencia Adquirida hubiera sido detectado entre el 3° y 5° año de vigencia del seguro, por año (según condiciones particulares), con un sub límite máximo (según condiciones particulares) en toda la vida del paciente y siempre que la póliza se mantuviera en vigor.**
- 2. Si el virus hubiere sido detectado a partir del 6° año de vigencia del seguro, (según condiciones particulares) en toda la vida del paciente y siempre que la póliza se mantuviera en vigor.**

**La presente cobertura se brindará en el Perú y en el extranjero.**

#### 4.1.12. AMBULANCIA AÉREA:

LA COMPAÑÍA, en coordinación con el Médico tratante del ASEGURADO, hará los arreglos correspondientes para la transportación aérea en una nave

privada, la cual llevará personal y equipos médicos adecuados, siempre que concurren todas estas situaciones:

- a) EL ASEGURADO muestre síntomas de incapacidades graves,
- b) El tratamiento médico no esté disponible donde EL ASEGURADO se encuentra hospitalizado;
- c) La condición médica del ASEGURADO no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros; y
- d) LA COMPAÑÍA haya aprobado el uso de una ambulancia aérea antes del vuelo citado.

LA COMPAÑÍA cubrirá hasta la suma máxima señalada en la Tabla de Beneficios los gastos de ambulancia aérea hasta el lugar de destino más cercano donde se pueda suministrar el tratamiento médico requerido por EL ASEGURADO.

La presente cobertura se brindará en el Perú y en el extranjero.

#### **4.1.13. TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS:**

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

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

La presente cobertura se brindará en el Perú y en el extranjero.

#### **4.1.14. PRÓTESIS QUIRÚRGICAS INTERNAS**

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

Esta cobertura se brinda solo en el Perú.

#### **4.1.15. CONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN POR CIRUGÍA**

Este seguro cubre para cada ASEGURADO los gastos de una consulta de segunda opinión sin deducible y con cobertura al 100% para los casos de cirugía electiva.

Esta cobertura se brinda solo en el Perú.

#### **4.1.16. MATERNIDAD:**

Este beneficio ampara exclusivamente:

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

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

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

Los Gastos relacionados con embarazo, maternidad y sus complicaciones se limitarán a las condiciones estipuladas en el beneficio de maternidad, y se les cubrirá los gastos de aborto terapéutico y/o amenaza de aborto y cualquier clase de parto, sea normal o con cesárea, incluyendo los gastos normales del recién nacido mientras la madre se encuentre hospitalizada a consecuencia del parto, hasta los límites especificados en el Plan de Beneficios.

La presente cobertura se brinda en el Perú.

Podrán gozar de este beneficio:



Las mujeres ASEGURADAS sean TITULAR o DEPENDIENTE.

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

#### **4.1.17. CONTROL DEL NIÑO SANO**

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

#### **4.1.18. ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO:**

Cubre los tratamientos ambulatorios y hospitalarios, hasta el sub límite específico indicado para tal cobertura en la Tabla de Beneficios para todos los hijos nacidos bajo la vigencia de la Póliza y cuyo nacimiento fuera amparado por la misma. Esta cobertura se brinda solo en el Perú.

#### **4.2. BAJO SISTEMA DE REEMBOLSO**

El sistema del reembolso será aplicable, a opción del asegurado, sólo para las coberturas establecidas en el numeral 4.1.1 referida a Gastos Cubiertos por Hospitalización, 4.1.2 referida a los Gastos Ambulatorios Cubiertos y 4.1.5 referida a la Gastos de Sepelio en el Perú o en el Extranjero.

LA COMPAÑÍA reconocerá los gastos normales y razonables, realizados en el Perú, en que hubiere incurrido el ASEGURADO por causa de una enfermedad o accidente, previa opinión favorable del Médico Auditor designado por LA COMPAÑÍA, teniendo como referencia máxima el doble de la Tarifa "A" de las Clínicas Particulares.

Para el caso de los reembolsos en el extranjero por atenciones de las coberturas establecidas en el numeral 4.1.2 referida a los Gastos Ambulatorios Cubiertos y 4.1.1 referida a Gastos Cubiertos por Hospitalización en los que EL ASEGURADO haya pagado directamente, los gastos serán liquidados considerando como base el costo usual, acostumbrado y razonable de la zona geográfica en la que se preste el servicio (UCR – Usually Customary Reasonable)

El ASEGURADO presentará a LA COMPAÑÍA, la solicitud de reembolso en los formularios correspondientes adecuadamente llenados y suscritos por el médico tratante, conjuntamente con los originales de las facturas canceladas y emitidas con arreglo a la ley vigente en el lugar de su emisión. Sólo serán materia de reembolso las facturas cuyos importes guarden relación con los gastos normales y razonables para el tipo de tratamiento médico recibido.

**El aviso del siniestro se materializará con la presentación de la solicitud de reembolso.**

La solicitud de reembolso se presentará en forma desagregada mostrando el detalle de cada uno de los servicios, medicinas y exámenes materia del tratamiento. La solicitud deberá acompañarse, además con los resultados de los análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas similares.

**El plazo máximo para la presentación de la solicitud de reembolso con el formulario y los comprobantes respectivos, será de noventa (90) días calendarios contados desde la fecha en que se incurrió en los gastos por la enfermedad o dolencia; vencido el cual caduca automáticamente todo derecho a gozar de los beneficios correspondientes a este reembolso, si es que la demora obedece a dolo del sujeto agravado con la carga.**

**Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del sujeto gravado con la carga, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.**

**Esta sanción no se producirá si se prueba que LA COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.**

**Si el ASEGURADO da aviso del siniestro de manera extemporánea por culpa leve y de ello resulte un perjuicio para LA COMPAÑÍA, esta tendrá derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.**

Para el caso de los reembolsos por atenciones de las coberturas establecidas en el numeral 4.1.5 Gastos de Sepelio en el Perú o en el Extranjero, se ampara todos los gastos de sepelio por los conceptos de ataúd, nicho perpetuo, capilla ardiente, carroza, y gastos administrativos con motivo del fallecimiento del ASEGURADO titular o dependiente por enfermedad o accidente cubierto por esta Póliza, de acuerdo con los costos vigentes en el lugar que se realice la sepultura y hasta los límites señalados en la Tabla de Beneficios.

#### **Artículo 5º: PERIODO DE CARENCIA Y ESPERA**

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

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

**5.1. Sólo una vez que EL TITULAR y/o DEPENDIENTE haya cumplido un (1) año de permanencia ininterrumpida en esta póliza, LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos médicos correspondientes a las dolencias que se enumeran a continuación, siempre que no fueran pre-existentes:**

- Litiasis o pólipo vesicular y/o de la vía biliar (incluye Litotripsia).
- Litiasis del sistema urinario (incluye Litotripsia).
- Fibroma del Útero, Quistes de Ovario, Endometriosis, Prolapso genitourinario, Colpocervicitis.
- Extracción de amígdalas y adenoides.
- Fibroadenoma Mamario, quistes o Displasia Fibroquística.
- Adenoides o Amígdalas.
- Enfermedades de la próstata.
- Catarata, Glaucoma y Pterigion
- Nevus u Onicomiosis.
- Hemorroides y Várices.
- Hernias de cualquier tipo incluida la Hernia de Núcleo Pulposo.
- Diabetes, Hipertensión Arterial y Dislipidemia.
- Hipotiroidismo e hipertiroidismo.
- Enfermedades de la columna vertebral.
- Cisticercosis.
- Artroscopia, artrosis, artritis, meniscopatía, quiste calcáneo, excepto a consecuencia de accidentes cubiertos por esta póliza.
- Cirrosis Hepática.
- Enfermedades Cerebrovasculares y Cardiovasculares (excepto infarto y accidentes cerebrovasculares agudos)
- Cáncer.
- Tumoraciones benignas.
- Asma.

## **5.2. Maternidad**

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

El periodo de carencia y espera, en los casos que se haya contratado con un seguro de asistencia médica previo, quedarán sin efecto a fin de no afectar la continuidad prevista en el Art. 29 de las Clausulas Generales de Contratación.

## **Artículo 6°: COBERTURA DE BENEFICIO MÁXIMO DE POR VIDA POR ASEGURADO**

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

## **Artículo 7°: GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUIDOS**

**Este seguro no cubre los gastos derivados o relacionados con:**

- a. **Enfermedades y/o defectos congénitos y/o físicos adquiridos al nacer y gastos derivados por causas relacionadas de acuerdo al CIE-10, (salvo lo señalado en la cobertura de enfermedades congénitas de recién nacidos) el cual se podrá ubicar en la página web [www.mapfre.com.pe](http://www.mapfre.com.pe) . Tampoco se encuentran cubiertas las enfermedades, lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad. No se cubren estudios o pruebas genéticas.**
- b. **Enfermedades pre-existentes, tal como se definen en el numeral 1 de las CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACION DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA.**
- c. **Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales (ansiedad, depresión, stress), trastorno funcionales de órganos, distonías neurovegetativas, desórdenes de la mente (psicosis, neurosis y fobias.), tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, enuresis nocturna, retardo mental o del desarrollo psicomotor, déficit de atención, bajo rendimiento escolar, disfunciones cerebrales, síndrome orgánico cerebral.**
- d. **Gastos cuyo objeto sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades de una persona sana, así como el tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada, a excepción de lo señalado en el artículo 4.1.4 Chequeo Preventivo, del presente Condicionado General.**

- e. Cirugía estética para fines de embellecimiento. Ginecomastia, mastoplastia, gigantomastia y cirugía del septum nasal; a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cuyos gastos fueron cubiertos por esta Póliza.
- f. Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por la Compañía.
- g. Aparatos ortopédicos, ortésicos, prótesis (salvo las prótesis internas hasta el máximo señalado en la tabla de beneficios), equipos mecánicos y electrónicos, medias para várices, nebulizadores.
- h. Gastos efectuados en el extranjero por un ASEGURADO o DEPENDIENTE no residente en el Perú.
- i. Los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a alternativas vigentes o sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia IIA. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimental, o en fase de periodo de prueba o investigación.
- j. Tratamientos de los defectos de la refracción visual, suministro de lentes, monturas, lentes de contacto. No están cubiertos los lentes intraoculares para el tratamiento de vicios de refracción, cubriéndose solamente en el caso de catarata , los lentes monofocales
- k. Operaciones e carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por esta Póliza. No estarán cubiertas en casos de accidente, las prótesis de implantes dentales con los que contaba el ASEGURADO.
- l. Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo, así como las lesiones que se produzcan en situaciones de embriaguez o bajo influencia de drogas, o a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados sin tener el ASEGURADO licencia vigente para hacerlo. En el caso específico de bebidas alcohólicas se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado mayor a 0.5gr./lt. En caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, se considerará una

disminución de 0.15 gr./lt. por hora desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.

- m. **Productos de origen biológico factores estimulantes de colonias, interferones, interleukinas, anticuerpos monoclonales, inhibidores de la tirosina, kinasa, antiangiogénicos, inhibidores proteosoma, injertos óseos. Derivados de proteínas, hormonas y vitaminas.**
- n. **Inmunoterapia, lisados bacterianos en adultos inmunoestimulantes, desensibilización o pruebas relacionadas (inmunomoduladores, inmunoglobulinas, oligonucleóticos)**
- o. **Compra de Sangre y derivados, plasma, albúmina, plaquetas y paquetes globulares.**
- p. **Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica, fenómenos catastróficos de la naturaleza y/o metereológicos, así como los que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y/o terrorismo.**
- q. **Lesiones producidas a sí mismo por el ASEGURADO en forma voluntaria o estando mentalmente insano; así como los gastos que se generen por suicidio, intento de suicidio, peleas o riñas, excepto los casos de legítima defensa comprobada.**
- r. **Alopecia, menopausia, peri o premenopausia, climaterio, osteoporosis y exámenes de densitometría ósea.**
- s. **Gastos por Atención Médica a Domicilio.**
- t. **Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y las que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemia salvo lo indicado en la cobertura de Enfermedades Epidémicas.**
- u. **Ningún gasto vinculado a la donación y/o transfusión de sangre, salvo lo señalado en la Cobertura de Transplante de Órganos.**
- v. **Lesiones resultantes de la terapia de Rayos X y radioterapia, radium o isótopos.**
- w. **Cirugía plástica para condiciones pre-existentes.**

- x. Termómetros, papel higiénico, esponja, jabón, artículos de uso personal, cremas hidratantes, pañales, teléfono, acompañante, televisión.
- y. Gastos por conceptos vinculados al diagnóstico y tratamiento de la apnea del sueño.
- z. Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales.
  - aa. Tratamiento quirúrgico de callosidades y juanetes (hallux valgus).
  - bb. Gastos por concepto de tratamiento de problemas de la mandíbula.
  - cc. Ningún gasto por concepto de vitaminas, reconstituyentes, minerales, vigorizantes, nutrientes, leches, alimentos industrializados de cualquier tipo, geriátricos, hierbas, ansiolíticos, roacután, minoxidil, sedantes, antidepresivos, somníferos, vacunas, tratamientos naturistas, quiropraxia, acupuntura y "Farmacopea China", aún cuando hubieren sido prescritas por médicos colegiados.
  - dd. Tratamientos por anorexia nerviosa, bulimia, para adelgazamiento o desnutrición, raquitismo, sobrepeso, hipovitaminosis, talla anormal, ginecomastia, obesidad mórbida o alteraciones hormonales que no sean debidos a enfermedad y terapia de reemplazo hormonal (TRH), todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo así como tratamientos médicos o quirúrgicos para aumentar o disminuir de peso.
  - ee. Procedimientos de crio-preservación o criogénicos. Tratamientos que utilicen células madre ( stem cell).
  - ff. Tratamientos desensibilizantes para las alergias.
  - gg. Terapia antiangiogénica para enfermedades maculares del ojo.
  - hh. Los accidentes que se produzcan durante la práctica activa de las siguientes actividades y/o deportes: participación en carreras de automóviles motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo', esgrima o,; rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña ('trekking' o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rápel; canotaje o piragüismo o 'rafting', a partir de nivel de dificultad III; cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, buceo o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas;



salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o 'skateboard'; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros;; trapezio, equilibrismo; salto desde puentes 'puenting'; halterofilia; o esquí acuático o sobre nieve, 'snowboard' o 'sandboard'. Tampoco los accidentes que ocurran o se produzcan por o durante el uso, sea como conductor o pasajero, de motocicletas, motonetas, 'mototaxis' o cuatrimotos.

ii. Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los casos en que el ASEGURADO se automedique, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta póliza.

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

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

ll. Gastos directos o indirectos por enfermedades de transmisión sexual, venéreas, lesiones producidas durante prácticas sexuales de cualquier tipo, condiloma acuminado, salvo lo indicado por el Art. 4.1.11 de las presentes condiciones generales.

mm. Cuidados de enfermeras especiales, a excepción de las primeras 48 horas posteriores a una intervención quirúrgica, siempre que sea indicado por el médico tratante y previa coordinación con LA COMPAÑÍA.

## Artículo 8º: ATENCIÓN DE SINIESTROS

**8.1 Principio Indemnizatorio.** LA COMPAÑÍA cubrirá los costos de los servicios clínicos y médicos en el Perú como en el extranjero que demande el tratamiento de una enfermedad o accidente, por atención hospitalaria y/o ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo de por Vida por asegurado contemplado en esta Póliza, siempre que la enfermedad o accidente ocurra dentro del período de vigencia de la Póliza y con sujeción a la Tabla de Beneficios establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza. Es necesario para ello que **CONTRATANTE ó el ASEGURADO** haya cumplido con las cargas asumidas, las cuales se indican en el Art. 9 del presente



Condicionado General. En ningún caso la indemnización dará lugar a ganancias a favor del **ASEGURADO**.

**8.2 Pérdida del Derecho Indemnizatorio: LA COMPAÑÍA quedará exenta de toda responsabilidad y EL ASEGURADO perderá derecho a recibir las prestaciones previstas en la presente Póliza, en los siguientes casos:**

**8.2.1 Si Los costos del siniestro fueran causados por un acto u omisión intencional, ilegal, culpa inexcusable, dolo del propio ASEGURADO o si hubiera mediado algún acto u omisión imputable al ASEGURADO que hubiese agravado la salud ocasionadas por el siniestro.**

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

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

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

#### **Artículo 9º: CARGAS DEL ASEGURADO**

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

**9.2. Prueba del Siniestro: Es de cargo del ASEGURADO la obligación de acreditar ante LA COMPAÑÍA su derecho a recibir las prestaciones contempladas en la presente Póliza, con la documentación veraz, completa e idónea.**

**9.3. Carga de Información y Cooperación: EL ASEGURADO procurará a LA COMPAÑÍA toda la información y ayuda que fuera necesaria para determinar las causas, circunstancias y responsabilidades del siniestro; aun después de haber sido indemnizado.**

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

## **Artículo 10º: PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

### **10.1. BAJO SISTEMA DE CRÉDITO:**

#### **A. GASTOS CUBIERTOS POR HOSPITALIZACION**

En caso EL ASEGURADO requiera una atención hospitalaria y/o quirúrgica, deberá presentar al proveedor médico afiliado su DNI o carné de asegurado.

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑIA, la misma que será la autorización escrita que LA COMPAÑIA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado.

La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

En caso de requerir una atención médica en el extranjero EL ASEGURADO deberá seguir el procedimiento establecido en el literal "S" ATENCIÓN EN EL EXTRANJERO.

Este servicio se brinda las 24 horas del día los 365 días al año.

#### **B. GASTOS AMBULATORIOS CUBIERTOS**

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

Presentar en la recepción de la clínica su DNI o carné y la Solicitud de Beneficios con todos los datos completos.

La Solicitud de Beneficios será entregada por la clínica con la respectiva autorización.

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

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

#### **C. EMERGENCIA ACCIDENTAL**

El ASEGURADO deberá dirigirse inmediatamente a la clínica de su elección dentro de las 48 hrs. de ocurrida la emergencia, para ser atendido sin pago alguno previa presentación del carné o DNI. En caso de hospitalización por disposición del médico tratante los gastos serán amparados bajo la cobertura de hospitalización. En caso de requerir una atención médica en el extranjero EL ASEGURADO deberá seguir el procedimiento establecido en el literal “S” ATENCIÓN EN EL EXTRANJERO.

Este servicio se brinda las 24 horas del día los 365 días al año.

#### **D. CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO**

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

#### **E. GASTOS DE SEPELIO EN EL PERÚ O EN EL EXTRANJERO**

En el Perú:

En caso de fallecimiento del ASEGURADO a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, deberá comunicarse a nuestra Central de Asistencia SI24 al Teléf. 213-3333, indicando su nombre y apellidos completos.

Se pagarán los gastos de sepelio según lo indicado en la Tabla de Beneficios. Para la atención de este beneficio, el BENEFICIARIO Y/O TERCERO deberá solicitar la atención de esta cobertura a LA COMPAÑÍA en cualquiera de nuestras oficinas detalladas en la página web. <http://www.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas> presentando:

- a) Certificado original de defunción.
- b) Copia de DNI y/o carné del ASEGURADO fallecido.

En caso de fallecimiento del ASEGURADO en el extranjero a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, deberá cumplirse con lo establecido en el literal “S” ATENCIÓN EN EL EXTRANJERO.

#### **F. OFTALMOLOGÍA**

El ASEGURADO debe elegir el centro oftalmológico y el médico de su preferencia dentro de la red de proveedores afiliados. Presentar en la recepción del proveedor su DNI o carné y la Solicitud de Beneficios con todos los datos completos.

Pagar el deducible por la atención brindada según Tabla de Beneficios.

#### **G. ODONTOLOGÍA**

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

Presentar en la recepción del proveedor su DNI o carné y la Solicitud de Beneficios con todos los datos completos.

Pagar el deducible por la atención brindada según Tabla de Beneficios.

#### **H. SERVICIO DE EMERGENCIA MEDICA**

Las coordinaciones para el servicio de emergencia de EL ASEGURADO es a través de nuestra Central de Asistencia en Lima al teléfono 213-3333 indicando los datos del carné o DNI.

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

Por el Norte: Hasta Km 21 de la Panamericana Norte, inclusive.

Por el Sur: Hasta Chorrillos y San Juan de Miraflores, inclusive.

Por el Este: Hasta Municipalidad de Ate-Vitarte, inclusive.

Por el Oeste: La Punta Callao, inclusive.

#### **I. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN EN EL PERÚ**

Las coordinaciones del Transporte por Evacuación de EL ASEGURADO se realizarán a través de nuestra Central de Asistencia en Lima al teléfono 213-3333 indicando los datos del carné o DNI.

Estos servicios se brindan las 24 horas del día los 365 días del año.

#### **J. COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJES NACIONALES E INTERNACIONALES**

El ASEGURADO deberá realizar las coordinaciones a través de nuestra Central de Asistencia al teléf. 213-3333, previa indicación de los datos del DNI o carné para los casos nacionales e internacionales.

Estos servicios se brindan las 24 horas del día los 365 días del año.

#### **K. SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)**

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

Presentar en la recepción de la clínica su DNI o carné y la Solicitud de Beneficios con todos los datos completos.

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

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

En caso EL ASEGURADO requiera una atención hospitalaria y/o quirúrgica, deberá presentar al proveedor médico afiliado su DNI o carné de asegurado.

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA, la misma que será la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado.

La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

En caso de requerir una atención médica en el extranjero EL ASEGURADO deberá seguir el procedimiento establecido en el literal "S" ATENCIÓN EN EL EXTRANJERO.

Este servicio se brinda las 24 horas del día los 365 días al año.

#### **L. AMBULANCIA AÉREA**

Las coordinaciones del transporte de EL ASEGURADO se realizarán a través de nuestra Central de Asistencia en Lima al teléfono 213-3333 indicando los datos del carné o DNI.

En caso de requerir una atención médica en el extranjero EL ASEGURADO deberá seguir el procedimiento establecido en el literal "S" ATENCIÓN EN EL EXTRANJERO.

Este servicio se brinda las 24 horas del día los 365 días al año tanto en el Perú como en el extranjero.

#### **M. TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**

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

**Presentar en la recepción de la clínica su DNI o carné y la Solicitud de Beneficios con todos los datos completos.**

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

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

**En caso EL ASEGURADO requiera una atención hospitalaria y/o quirúrgica, deberá presentar al proveedor médico afiliado su DNI o carné de asegurado.**

**El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA, la misma que será la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado.**

**La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.**

**En caso de requerir una atención médica en el extranjero el asegurado deberá seguir el procedimiento establecido en el literal "S" ATENCIÓN EN EL EXTRANJERO.**

**Este servicio se brinda las 24 horas del día los 365 días al año.**

#### **N. PRÓTESIS QUIRÚRGICAS INTERNAS**

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

**El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA, la misma que será la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado.**

**La carta de garantía incluirá el costo de las prótesis, los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.**

#### **O. CONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN POR CIRUGÍA**

**En caso de consulta ambulatoria el ASEGURADO debe elegir la clínica y el médico de su preferencia dentro de la red de clínicas afiliadas, deberá presentar en la recepción de la clínica su DNI o carné y la Solicitud de Beneficios con todos los datos completos.**

## **P. MATERNIDAD**

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

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑIA, la misma que será la autorización escrita que LA COMPAÑIA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado.

La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

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

## **Q. CONTROL DEL NIÑO SANO**

Este beneficio se otorga mediante las redes de proveedores afiliados bajo el sistema de crédito detalladas en la Tabla de Beneficios, previa presentación de DNI o carné.

## **R. ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO**

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

Presentar en la recepción de la clínica su DNI o carné y la Solicitud de Beneficios con todos los datos completos.

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

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

En caso EL ASEGURADO requiera una atención hospitalaria y/o quirúrgica, deberá presentar al proveedor médico afiliado su DNI o carné de asegurado.

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑIA, la misma que será la autorización escrita que LA COMPAÑIA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado.

La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO

y/o sus **DEPENDIENTES** inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

## **S. ATENCIÓN EN EL EXTRANJERO**

En caso de requerir una atención hospitalaria y ambulatoria en el extranjero el asegurado deberá comunicarse a los siguientes números telefónicos: 1(305)8072497 o 1(786)8886792, correspondientes a SUN MED INT, Operador Internacional, indicando su nombre y apellidos completos o de ser el caso el número de póliza.

Este servicio se brinda las 24 horas del día los 365 días al año.

En el caso de solicitar la cobertura de sepelio comunicarse al Teléf. 1(305)8072497 o 1(786)8886792, correspondientes a SUN MED INT, Operador Internacional o al SI24 al Teléf. 213-3333, indicando su nombre y apellidos completos.

Se pagarán los gastos de sepelio según lo indicado en la Tabla de Beneficios. Para la atención de este beneficio, el **BENEFICIARIO Y/O TERCERO** deberá remitir al correo [si24proveedor@mapfre.com.pe](mailto:si24proveedor@mapfre.com.pe) la siguiente documentación.

- a) Copia fiel del Original del Certificado de defunción.
- b) Copia de DNI y/o carné del **ASEGURADO** fallecido.

## **10.2. BAJO SISTEMA DE REEMBOLSO**

Una vez finalizado el tratamiento por una enfermedad o accidente, o efectuado algún gasto cubierto por esta Póliza, El **ASEGURADO** deberá presentar a **LA COMPAÑÍA**, la solicitud para el reembolso de los beneficios a que tenga derecho y para lo cual, **LA COMPAÑÍA** suministrará los formularios necesarios (Solicitud de Beneficios), a los que El **ASEGURADO** deberá adjuntar todos los comprobantes originales, debidamente cancelados, de las cuentas pagadas tal como se indica a continuación:

- Facturas y/o comprobantes de pago con clara y detallada indicación de los bienes y servicios recibidos, de acuerdo con los requisitos establecidos por la ley.
- Las facturas por medicamentos deberán estar acompañadas de la receta médica.
- Los análisis de laboratorio deben incluir orden del médico y los resultados.



- Acompañar la solicitud de beneficios debidamente llenada por el usuario, médico tratante y el contratante del seguro.
- Los recibos por honorarios médicos profesionales, deberán emitirse a nombre del paciente.
- Las facturas por concepto de medicamentos, análisis, pruebas especiales, deberán emitirse a nombre de Mapfre Perú Cía. de Seguros y Reaseguros, con el No. de R.U.C. 20202380621.
- En caso de reembolso por los gastos relacionados a la cobertura de Gastos por Sepelio en el Perú o en el Extranjero, el CONTRATANTE o BENEFICIARIO deberá presentar a LA COMPAÑÍA la Partida de defunción o el Certificado de Defunción y las facturas originales por Gastos de Sepelio. La dirección de las oficinas de LA COMPAÑÍA se encuentra detallada en el resumen del producto o en la página web. <http://www.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas>.

No se aceptarán tickets, ni copias de factura.

El plazo máximo para la presentación de la solicitud de reembolso con el formulario y los comprobantes respectivos, será de noventa (90) días calendarios contados desde la fecha en que se incurrió en los gastos por la enfermedad o dolencia; vencido el cual caduca automáticamente todo derecho a gozar de los beneficios correspondientes a este reembolso, si es que la demora obedece a dolo del sujeto agravado con la carga.

Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del sujeto gravado con la carga, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

Esta sanción no se producirá si se prueba que LA COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

Si el ASEGURADO da aviso del siniestro de manera extemporánea por culpa leve y de ello resulte un perjuicio para LA COMPAÑÍA, esta tendrá derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar mayor información sobre el siniestro, la misma deberá ser solicitada dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) que tiene LA COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro.

**El sistema del reembolso será aplicable, a opción del asegurado, sólo para las coberturas establecidas en el numeral 4.1.1 referida a Gastos Cubiertos por Hospitalización, 4.1.2 referida a los Gastos Ambulatorios Cubiertos y 4.1.5 referida a Gastos de Sepelio en el Perú o en el Extranjero.**

**Una vez consentido el siniestro LA COMPAÑÍA reembolsara el monto debido en un plazo no mayor de treinta (30) días. Se entiende consentido cuando la compañía apruebe el pago del siniestro o no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo que no exceda de los treinta (30) días desde la fecha de haberse completado toda la documentación.**

#### **Artículo 11 °: CÁLCULO DE LA PRIMA**

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

#### **Artículo 12: OTROS SEGUROS**

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

#### **Artículo 13: MONEDA**

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

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

#### **Artículo 14º: TERRITORIALIDAD**

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

#### **Artículo 15º: RESOLUCIÓN DE LA POLIZA**

##### **Resolución:**

**En adición a las causales de resolución establecidas en el Art. 9 de las Cláusulas Generales de Contratación; este contrato podrá ser resuelto por LA COMPAÑÍA, previa comunicación a EL CONTRATANTE, en caso el TITULAR cambiara de país de residencia, o se estableciera por un tiempo mayor de noventa (90) días calendarios en otro país, salvo que éste se encuentre fuera del país a causa del tratamiento de un riesgo cubierto por esta póliza.**

**Cuando se resuelva el contrato bajo la presente causal se procederá con la devolución de la prima que correspondiera hasta el vencimiento de la anualidad, según lo indicado en el Art. 3 del presente Condicionado General.**

#### **Artículo 16º: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE**

**EI 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/el-previsor-descripcion>, 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.