RIMAC

Seguros

8159395

** POLIZA NUEVA **

Póliza Ami Accidente Estudiante Nro E1-609681

Plan: 165679 Senati - Anual

Código SBS: AE0506320071

Trámite No: SI3856181-01

Operación: 8159395

Condiciones Particulares

Aseguradora	: **Rimac Seguros y Reaseguros**		
RUC	: 20100041953	Página web	: www.rimac.com.pe
Dirección	: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima	Teléfono	: 411-3000

Contratante	: SERVIC NAC DE ADIESTRAM EN TRABAJ INDUST		
RUC	: 20131376503	Teléfono	: 2089999
Dirección	: Av Alfredo Mendiola 3520		
Distrito	: Independencia / Lima / Lima	Correo Electrónico	:
Representante Legal	:		

Comercializador / Corredor

Nombre	: Marsh Rehder S.A. Corredores De Seguros	R.U.C.	: 20100126193
Dirección	: Casilla San Isidro	Teléfono	: 000000
Código Corredor	: J0045		

Vigencia del 01/03/2019 al 29/02/2020 de 12 a 12 Horas

Moneda: Nuevos Soles

Materia del Seguro

La ASEGURADORA se compromete a pagar a los proveedores de servicios en salud los gastos en los que incurra el ASEGURADO o a éste en caso de reembolso, a causa de una enfermedad o accidente que requiera asistencia médica, de acuerdo con el diagnóstico y las necesidades del tratamiento en los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Particulares y hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO, con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Adicionales y Endosos, que en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro. El Plan de Beneficios forma parte integrante del Condicionado Particular en calidad de Anexo.

EXCLUSIONES: No gozarán de cobertura en la presente Póliza, las siguientes exclusiones:
* Las Enfermedades Preexistentes
* Las causas, consecuencias y complicaciones como enfermedades, tratamientos y demás gastos según el detalle de las Condiciones Generales, Clausulas Adicionales o Endosos aplicables.

Relación de Asegurados

Plan : 165679 Senati - Anual

Cert.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha Nacimiento	Edad
1	Senati Senati	Titular	21/02/1987	32

Beneficiarios: Herederos Legales

Primas por Conformación (Medios de pago según consolidado de primas)

Plan	Conformación	Cantidad	Prima Comercial	Prima Comercial + IGV
SENATI - ANUAL	Titular	1	S/. 47.37	S/. 55.90

TCEA: Tasa de Costo Efectivo aplicable a la prima fraccionada: 0.00 %

Consolidado de Primas

Facturación : Toda La Vigencia

Prima Comercial		47.37
I.G.V.		8.53
Prima Comercial + IGV	S/.	55.90

Prima Comercial + IGV no incluye intereses de financiamiento

La prima comercial total incluye cargos:	**Montos S/**
De agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros ó	**7.36**
Por la contratación de promotores de seguros ó	**0.00**
Por la contratación de comercializadores	**0.00**

Las bonificaciones, premios u otros beneficios que pudieran otorgarse a los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, por la intermediación de la presente póliza de seguros, serán determinadas en base a las condiciones comerciales pactadas.

* Prima Neta : Prima Comercial sin Gastos de Emisión

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

N°	Tipo	Cuota de Prima Comercial (Incluye TCEA e IGV)	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Fecha de Vencimiento	Documento
1	LQ	55.90	01/03/2019	29/02/2020	03/04/2019	694091969

Puedes efectuar el pago:
- En ventanilla o a través de la web de los siguientes canales: BBVA Banco Continental, Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank y Cadenas Wong y Metro (www.bbvabancocontinental.com; www.viabcp.com; www.scotiabank.com.pe; www.interbank.com.pe);
- Afiliando tu cuenta bancaria o tu tarjeta de crédito al sistema de débito automático;
- O, pagando directamente en nuestras plataformas Rímac.

El cálculo del monto que reciban los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros se realizará sobre la prima neta.
En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO decida no hacer uso de los servicios de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.
Existen productos de seguros que solamente se comercializarán a través de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros.
TIPO DE CAMBIO REFERENCIAL: S/. 2.8 En caso que la prima comercial sea pactada en Dólares, se aplicará el tipo de cambio de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP vigente del día en que se realice el pago.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Continúa...

• En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:

(i) LA ASEGURADORA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
(ii) En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
(iii) Las comunicaciones cursadas por los CONTRATANTES, ASEGURADOS o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA ASEGURADORA.
(iv) Los pagos efectuados por los CONTRATANTES del Seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a LA ASEGURADORA.

• Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el CONTRATANTE/ASEGURADO que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si LA ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad del Contrato de Seguro.
• El CONTRATANTE y/o ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento.
• Instrucciones de Uso del correo electrónico: i) En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifica / anule su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000; y,
ii) Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.

Continúa...

Uso y tratamiento de Datos Personales

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la “Ley”) y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el “Reglamento”), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, RIMAC) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los “Datos Personales”), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web www.rimac.com.pe, sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales.

Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Av. Paseo de la República 3505 Piso 11 – San Isidro, Lima, estando además inscritos en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación “Clientes” con código RNPDP-PJP N° 1637.

Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

• La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la presente Póliza de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE o ASEGURADO en los términos estipulados por LA ASEGURADORA, en tanto el CONTRATANTE o ASEGURADO hubieran proporcionado información veraz.

• El CONTRATANTE/ASEGURADO suscribe las presentes Condiciones Particulares, en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, y de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

Lima, 4 de Marzo de 2019

RIMAC SEGUROS

CONTRATANTE / ASEGURADO

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

RESUMEN

1. PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR RECLAMOS, COBERTURA, TELÉFONOS Y UBICACION:

- Oficina Principal: Av. Las Begonias N° 475, San Isidro, Lima.

- Plataformas de Atención al Cliente:
  - Lima:
    Av. Paseo de la República N° 3505, San Isidro.
    Av. Paseo de la República N° 3082, San Isidro.
    Av. Las Begonias N° 471, San Isidro.
    Av. Comandante Espinar N° 689, Miraflores.

  - Arequipa:
    Pasaje Belén N° 103, Urb. Vallecito, teléfono (054)-381700.

  - Cajamarca:
    Jr. Belén N° 676-678, teléfono (076)-369635.

  - Cusco:
    Calle Humberto Vidal Unda N° G-5, Urb. Magisterial, 2da. Etapa, teléfono (084)-229990 / (084)-227041.

  - Huancayo:
    Jr. Ancash N° 125, teléfono (064)-223233.

  - Trujillo:
    Av. Victor Larco N° 1124, teléfono (044)-485200.

  - Chiclayo:
    Av. Salaverry N° 560, Urb. Patazca, teléfono (074)- 481400.

  - Iquitos:
    Jirón Putumayo N° 501, teléfono (065)-242107.

  - Piura:
    Calle Libertad N° 450, teléfono (073)-284900.

- Central de Emergencias y Asistencias (Perú): (01) 411-11111.

- Central de Emergencias y Asistencias (extranjero): (01) 512-5010.

- Central de Consultas y Reclamos: (01) 411-3000.

- Correo Electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe.

- Página Web: www.rimac.com.

2. **LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:**
En el Condicionado Particular se establecerá el monto total de la prima a pagar, incluyendo la forma (que podrá ser fraccionada) y el lugar de pago.

3. **MEDIOS, PLAZOS Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR COBERTURA:**
Aquello se encuentra detallado en los artículos vigésimo octavo y siguientes del Capítulo II del Condicionado General.

4. **MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS:**
Los mecanismos de solución de controversias y asimismo, las instancias para presentar reclamos se encuentran detallados en el artículo décimo noveno del Capítulo I del Condicionado General.

5. **INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS:**
Son las siguientes:
   - **Defensoría del Asegurado:**
     www.defaseg.com.pe
     Lima:(01) 446-9158.
     Arias Aragüés 146, San Antonio Miraflores, Lima.
   - **INDECOPI:**
     www.indecopi.gob.pe
     Lima: (01) 224-7777.
     Teléfono gratuito de Provincias: 0-800-4-4040.
     SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima.
     SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.
   - **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP – SBS:**
     www.sbs.gob.pe
     Los Laureles 214, San Isidro - Lima 27 - Perú | Teléfono (511) 630-9000 / Fax: (511) 630-9239.
     AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. - PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau.
     Consultas y Reclamos: 0800-10840 | (511) 428-0555.

6. **AGRAVACIÓN DEL RIESGO:**
Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo Asegurado, conforme lo estipula el artículo sétimo del Capítulo I del Condicionado General

7. **RIESGOS CUBIERTOS:**
Los riesgos cubiertos se encuentran detallados conforme lo establece el artículo vigésimo quinto del Capítulo II del Condicionado General.

8. **EXCLUSIONES:**
Las exclusiones son las detalladas en el artículo vigésimo sétimo del Capítulo II del Condicionado General.

9. **ASEGURADOS Y PERMANENCIA EN EL SEGURO:**
El límite de permanencia en la presente Póliza se encuentra detallado en el artículo vigésimo segundo del Capítulo II del Condicionado General.

10. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL:

El procedimiento y plazo para solicitar la resolución contractual se encuentra estipulado en el artículo sétimo del Capítulo I del Condicionado General, adicionalmente, el mismo señala que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá unilateralmente y sin expresión de causa resolver el Contrato de Seguro.

11. MODIFICACIONES CONTRACTUALES:

Durante la vigencia del contrato la ASEGURADORA no puede modificar los términos contractuales pactados, conforme lo estipula el literal C. del artículo quinto del Capítulo I del Condicionado General.

Condiciones Generales de Contratación
De Seguros de Salud

PRODUCTO: SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

CÓDIGO DE REGISTRO: AE0506320071

ADECUADO A LA LEY N° 29946 Y SUS NORMAS REGLAMENTARIAS

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

1. DEFINICIONES.
2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA.
3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO.
4. COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO
5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; Y, CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
6. CAUSALES DE TÉRMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.
7. RESOLUCION CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA).
8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.
9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA.
10. PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO.
11. REHABILITACION DE LA COBERTURA.
12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA.
13. ENFERMEDAD PREEXISTENTE.
14. INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS SINIESTROS.
15. SUBROGACIÓN.
16. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS.
17. DEFENSORIA DEL ASEGURADO.
18. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES.
19. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS.
20. PRESCRIPCION LIBERATORIA.
21. TRIBUTOS.

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

22. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO.
23. PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN.
24. BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR ASEGURADO.
25. COBERTURAS.
26. EXTENSIÓN DEL SEGURO.
27. EXCLUSIONES.
28. FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CREDITOS Y REEMBOLSOS.
29. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

INTRODUCCION

La ASEGURADORA se compromete a proteger al ASEGURADO contra los riesgos que se especifican en la presente Póliza, siempre que la información proporcionada por el CONTRATANTE o ASEGURADO es verdadera. Asimismo, la cobertura de la presente Póliza está sujeta a que la ASEGURADORA haya aprobado la Solicitud de Seguro y el CONTRATANTE haya cumplido con pagar la Prima o firmado el Convenio de Pago obligándose a pagarla.

La Póliza y sus eventuales Endosos debidamente firmados son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º.- DEFINICIONES:

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

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.

ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDADES PROFESIONALES: Toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo, están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR.

ALTA HOSPITALARIA: Es el término de un episodio atendido en el área de hospitalización u hospital de día quirúrgico (por curación, fallecimiento, traslado o retiro voluntario).

ASEGURADO: Persona natural cuya vida se asegura en la presente Póliza, puede ser también el CONTRATANTE del Seguro.

ASEGURADORA: Rímac Seguros y Reaseguros.

ATENCION AMBULATORIA: Toda consulta médica que se realiza en un proveedor de servicio en salud y que tiene como objetivo el cuidado de la salud y no requiere una atención hospitalaria.

ATENCION HOSPITALARIA: Internamiento por indicación médica en un proveedor de servicio en salud que incluye la utilización del servicio de habitación, atención general de enfermería y el servicio de alimentación, este último de ser el caso.

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica designada en la Póliza que recibirá la indemnización, beneficio o suma asegurada que se establezca en la presente Póliza.

BUENA SALUD: No adolecer de enfermedad preexistente.

CARTA DE GARANTIA: Es el documento de autorización de cobertura al ASEGURADO tramitado por proveedor de servicios en salud y emitido por la ASEGURADORA, quien es la encargada de su aprobación. Los procedimientos no contemplados en la Carta de Garantía serán pagados por el ASEGURADO.

CENTRO EDUCATIVO: Establecimiento a la educación, de cualquier nivel y debidamente autorizado por la autoridad correspondiente para tal fin. Puede ser el Contratante de esta Póliza.

CERTIFICADO DE SEGURO: Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos vinculado a una Póliza de seguro determinada. Asimismo, el Plan de Beneficios forma parte integrante del Certificado de Seguro en calidad de Anexo.

CERTIFICADO MÉDICO DE ATENCION: Documento médico legal que certifica haberle dado atención a un paciente. Es conocido también como certificado médico.

CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. La revisión es coordinada con la Organización de Mundial de la Salud a través de los centros colaboradores.

CLAUSULA ADICIONAL: Documento que adiciona coberturas u otros términos y condiciones al Contrato de Seguros.

COPAGO: Porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de la ASEGURADORA en el momento en que se le brindan las coberturas, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Copagos se especifican en el Plan de Beneficios. Una misma atención puede estar afecta a Deducibles y Copagos.

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. El CONTRATANTE es el único que puede solicitar enmiendas a la Póliza.

CONDICIONES GENERALES: El documento que contiene los términos generales de contratación de este Seguro.

CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones del Contrato de Seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura como monto de suma asegurada o importe de la prima. Asimismo, el Plan de Beneficios forma parte integrante del Condicionado Particular en calidad de Anexo.

CONDICIONES ESPECIALES: Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir aclarar, y en general, modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares.

CONVENIO DE PAGOS O CRONOGRAMA DE PAGO: Documento en el que consta el compromiso por parte del CONTRATANTE de pagar la prima en la forma y plazos pactados con la ASEGURADORA. Este documento forma parte integrante del Condicionado Particular.

CORREDOR DE SEGUROS: Es la persona que maneja la intermediación en la venta de seguros, debidamente autorizado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Entre sus obligaciones principales frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la Póliza de Seguros,

entre otros. También se les conoce como “Broker” o “Agente de seguros”.

CREDITO: Es todo consumo realizado en los centros médicos por medio del seguro contratado, el cual puede implicar el pago de un deducible o copago para dicha atención, según lo indique el Plan de Beneficios, dichos pagos no son reembolsados posteriormente ya que son asumidos de forma obligatoria por el ASEGURADO.

CULPA INEXCUSABLE: Incumplimiento no intencional de lo que se debe o de lo que se estaba obligado a hacer. Es actuar con negligencia, con descuido, con imprudencia o por olvido injustificado; desconocer algo de lo que se estaba obligado a conocer o saber y que se debía declarar. Es la culpa injustificada o inaceptable de no declarar según las circunstancias del caso, de la persona o del lugar. Tiene el mismo efecto que el *Dolo*.

DECLARACIÓN INEXACTA: Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE o ASEGURADO conozca.

DEDUCIBLE: Monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de la ASEGURADORA 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 el Plan de Beneficios. Una misma atención puede estar afecta a Copagos y Deducibles.

DEPORTES PROFESIONALES: Conjunto de actividades deportivas, cuya práctica implica que el ASEGURADO sea compensado económicamente o que participe en competencias deportivas.

DÍAS: Son días naturales. Incluye feriados, sábados y domingos.

DOLO: Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir. No declarar intencionalmente lo que se debe declarar.
Tiene el mismo efecto que la *Culpa inexcusable*.

ENDOSO: Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del CONTRATANTE, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la ASEGURADORA y el CONTRATANTE, según corresponda.

EMERGENCIA MÉDICA: Aparición repentina de una alteración en la salud del ASEGURADO, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que ponen en peligro su vida, integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que requiere de atención médica inmediata.

Las Emergencias Médicas pueden ser Accidentales y No Accidentales.

EMERGENCIAS MÉDICAS ACCIDENTALES: Son todas aquellas derivadas de accidentes (fuerza externa y violenta contra la voluntad de la persona) y que ponen en peligro la salud del ASEGURADO como por ejemplo:

i) Traumatismo: Luxaciones, esguinces, fracturas.
ii) Heridas cortantes de cualquier etiología.
iii) Quemaduras de cualquier etiología.
iv) Mordeduras de animales y picaduras de insectos con reacción alérgica.

EMERGENCIAS MÉDICAS NO ACCIDENTALES: Son todas aquellas emergencias

que no derivan de un accidente y que también ponen en peligro la salud del ASEGURADO como por ejemplo:

i) CARDIOVASCULARES: Infarto del Miocardio, Angina de Pecho, crisis hipertensiva, Edema Agudo Pulmonar.

ii) RESPIRATORIAS: Crisis asmática, insuficiencia respiratoria aguda, neumonía y bronquitis aguda.

iii) ABDOMINALES: Cólico vesicular, apendicitis, gastroenterocolitis aguda con deshidratación moderada a severa, obstrucción intestinal, hernias estranguladas, pancreatitis aguda, úlcera péptica sangrante, hemorragias digestivas, perforación de vísceras, peritonitis.

iv) RENALES: Cólico renal, retención urinaria, pielonefritis aguda, insuficiencia renal aguda.

v) NEUROLOGICOS: Convulsiones, accidentes cerebro vasculares (derrame cerebral, hemiplejías).

vi) SINDROME FEBRILES: Fiebre mayor de 38.5 °C (de 0-12 años), fiebre mayor de 39.0 °C (mayores de 12 años).

vii) HEMORRAGIAS: De cualquier etiología, excepto las que se originen por el embarazo.

viii) Pérdida de conocimiento súbita.

ix) INTOXICACIONES: Medicamentosas y/o alimentarías.

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

EMEA (EUROPEAN MEDICINES AGENCY): Organización europea que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, de forma similar a la FDA.

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

ENFERMEDAD CONGÉNITA: Es toda aquella enfermedad adquirida durante el período 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 a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° edición de la Organización Mundial de la Salud.

ENFERMEDAD CONGENITA NO CONOCIDA: Cualquier condición o malformación presente desde el nacimiento de la persona, que ha trascurrido de forma asintomática y desconocida a lo largo de su vida.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: 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 Personal de Salud.

Se considera una enfermedad resulta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

EXCLUSIONES: Circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por la Póliza de Seguro.

FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION): Organización norteamericana que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, si es que su seguridad y eficacia está probada. Sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de fármacos.

GUÍAS CLÍNICAS: Conjunto de instrucciones, afirmaciones o recomendaciones cuyo propósito es ayudar a médicos y pacientes a tomar decisiones sobre las distintas alternativas terapéuticas para una enfermedad o dolencia específica. Son desarrolladas por colegios de especialistas (por ejemplo el Colegio Americano de Cardiología) u organizaciones dedicadas al desarrollo de las buenas prácticas médicas (Instituto Nacional para la Excelencia Clínica), siguiendo los principios de la medicina basada en evidencias.

HONORARIOS MEDICOS: Se entienden como honorarios médicos exclusivamente los que devengan de profesionales médicos de diferentes especialidades debidamente reconocidas y acreditadas por facultades de medicina y por el Colegio Médico del Perú o sus similares en el extranjero, quedando excluidos de cobertura la facturación directa de honorarios de otros profesionales.

INDEMNIZACIÓN, BENEFICIO, CAPITAL ASEGURADO O SUMA ASEGURADA: Es el importe que figura en las Condiciones Particulares o Plan de Beneficios, según corresponda y que será pagado por la ASEGURADORA al ASEGURADO o Beneficiario en caso que ocurra un siniestro.

INTERÉS ASEGURABLE: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro, el cual debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: Es el uso juicioso y prudente de la mejor evidencia médica disponible para tomar decisiones que conciernen al cuidado de los pacientes. La evidencia médica se refiere a los resultados de los estudios clínicos realizados a nivel nacional e internacional, cuyas conclusiones y recomendaciones son aplicables al paciente. La práctica de la medicina basada en evidencias se está convirtiendo en el estándar internacional para la práctica de la medicina.

NIVEL DE EVIDENCIA II A: Dentro de toda la gama de estudios médicos, existen algunos cuyo diseño permite brindar mejores recomendaciones. A la calificación de estos 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 “II A”, según la clasificación de la “Agency for 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 “II A” es tomado como límite para determinar la fortaleza de los estudios disponibles sobre la evaluación de una terapia, insumo o fármaco.

MEDIO HABITUAL DE TRANSPORTE: Servicios autorizados por la Autoridad Competente a los que acceden las personas para movilizarse regularmente, a efectos del desarrollo de sus actividades profesionales o personales.

PÓLIZA DE SEGURO: Es el documento emitido por la ASEGURADORA en el que consta el Contrato de Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: los endosos; las

condiciones especiales, si las hubiere; las condiciones particulares; las presentes condiciones generales; las cláusulas adicionales, si las hubiere; la solicitud de seguro, sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos, cuando corresponda.

En caso de producirse discrepancias entre las condiciones de esta Póliza, queda convenido que las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares y éstas prevalecen sobre las Condiciones Generales del Riesgo contratado.

Cuando se haga referencia a la Póliza de Seguro debe entenderse que es lo mismo que Contrato de Seguro.

PARCIPACION DIRECTA: Acción y efecto la cual implica la forma de hacer, estar, compartir, involucrar, dar, recibir, referir, derivar, con o sin conocimiento de causa de un hecho que afecte a la o las personas involucradas.

PARTICIPACION INDIRECTA: Implica la forma de acción y efecto de saber, ocultar, omitir, encubrir, callar, tapar, excusar, disfrazar el hecho o la acción, el acto con o sin conocimiento de causa de un hecho que afecte a la o las personas involucradas.

PRIMA O PRIMA COMERCIAL: Es el precio del Seguro determinado por la ASEGURADORA, la cual debe ser pagada bajo la forma y plazo establecida en la Póliza. Este precio incluye la Prima Pura de Riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros y el beneficio comercial de la ASEGURADORA. No incluye IGV.

PRIMA NETA: Es la Prima Comercial sin incluir el Derecho de Emisión.

PRIMA PURA DE RIESGO: Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el Seguro.

PROVEDORES DE SERVICIOS EN SALUD: Son todos aquellos que prestan servicios en salud sean clínicas, hospitales o instituciones médicas, los cuales otorgan cobertura bajo las condiciones de la Póliza siempre que se encuentren afiliados a nuestra red de proveedores en servicios en salud detallada en el Plan de Beneficios.

RECLAMO: Comunicación que presenta un Usuario a través de los diferentes canales de atención habilitados por la ASEGURADORA, expresando su insatisfacción con el servicio y/o producto recibido.

REEMBOLSO: Cuando el ASEGURADO solicita que la ASEGURADORA por medio de la Póliza contratada, devuelva los gastos que hubiera podido ocasionar una atención por accidente y estos fueron pagados de forma particular.

RETICENCIA: Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.

SALUD: Estado completo de bienestar físico y mental de la persona.

SINIESTRO: Ocurrencia de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.

SISTEMAS DE COMERCIALIZACIÓN A DISTANCIA: Sistemas de telefonía, internet u otros similares que le permiten a la ASEGURADORA por su cuenta o a través de entidades financieras, acceder a los potenciales asegurados, para promocionar, ofrecer o comercializar sus productos.

SOLICITUD DE SEGURO: Constancia de la voluntad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, de contratar el Seguro.

SONAMBULISMO: Estado de una persona que mientras está dormida tiene cierta aptitud para ejecutar algunas funciones correspondientes a la vida de relación exterior, como las de levantarse, andar y hablar.

ARTÍCULO 2°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

La ASEGURADORA se compromete a pagar a los proveedores de servicios en salud los gastos en los que incurra el ASEGURADO o a éste en caso de reembolso, a causa de una enfermedad o accidente que requiera asistencia médica, de acuerdo con el diagnóstico y las necesidades del tratamiento en los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares de esta Póliza de Seguro y hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO, con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Particulares, Cláusulas Adicionales y Endosos, en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro. En ningún caso se otorgará cobertura de un beneficio que no figure en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 3°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO:

3.1. El CONTRATANTE se compromete a pagar la prima.

3.2. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente y de forma exacta la Solicitud de Seguro.

3.3. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a brindar a La ASEGURADORA toda la información pertinente, tanto en la Solicitud del Seguro, Declaración Personal de Salud, en caso corresponda, así como en cualquier otro documento, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de LA ASEGURADORA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.

3.4. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.

3.5. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un corredor de seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del ASEGURADO o CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente Contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la ASEGURADORA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.

3.6. El ASEGURADO se compromete a facilitar a LA ASEGURADORA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera LA ASEGURADORA.

ARTÍCULO 4°.- COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO:

La presente póliza tiene vigencia desde las cero horas (00:00) hasta las cero horas (00:00) de las fechas señaladas en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro y está supeditada a las particularidades señaladas en el Capítulo II del presente documento.

La Póliza de Seguro no se renueva automáticamente, esta póliza tendrá una vigencia de un año.

En caso el ASEGURADO haya venido renovando sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años, tiene derecho a renovar la Póliza indefinidamente con coberturas no menores que las pactadas en la última vigencia, sin perjuicio que la ASEGURADORA modifique las primas, deducibles, copagos y proveedores de servicios en salud que le corresponden, sobre la base de cálculos actuariales, estadísticos y valoradas individualmente.

ARTÍCULO 5°.- SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; Y, CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

A. Solicitud de Modificación de la Póliza:

El CONTRATANTE puede solicitar -por escrito- la modificación de la Póliza, dentro de los quince (15) días calendario posteriores a su recepción.

Transcurrido el plazo antes indicado sin que medie observación, se tendrá por aceptada la Póliza emitida.

La solicitud de modificación a la que se refiere el primer párrafo del presente artículo, obliga a la ASEGURADORA solo desde que esta comunique al CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. En caso que, la ASEGURADORA no responda la solicitud de modificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido, se entenderá que aquella ha sido rechazada, en cuyo caso el CONTRATANTE tiene el derecho de resolver el Contrato de Seguro.

B. Observación de Diferencias entre la Propuesta u Oferta y la Póliza:

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta y/u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE, si no reclama dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la Póliza.

No obstante, la aceptación indicada en el párrafo precedente, se presume solo cuando la ASEGURADORA haya advertido al CONTRATANTE en forma detallada, mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por la ASEGURADORA, se tendrán las diferencias como no escritas, excepto cuando estas sean favorables para el ASEGURADO.

Para producir efectos antes de los treinta (30) días, la aceptación de las diferencias por parte del CONTRATANTE deberá ser expresa.

Cuando existan diferencias entre los términos y condiciones del seguro ofrecidas mediante sistemas de publicidad y el contenido de la Póliza, relativas al mismo Seguro, prevalecen las condiciones más favorables para el

ASEGURADO.

C. **<u>Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza:</u>** **La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia 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 por la ASEGURADORA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.**

<u>ARTÍCULO 6°.- CAUSALES DE TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO:</u>

El Contrato de Seguro terminará en caso de que se presenten cualquiera de los siguientes supuestos o lo que ocurra primero:

A. TERMINACION DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la terminación total del Contrato de Seguro, cuando ocurra alguna de las siguientes:

6.1. Al fallecimiento (persona natural) / extinción (persona jurídica) del CONTRATANTE.
6.2. Al finalizar la vigencia de la Póliza.
6.3. Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

B. TERMINACIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la terminación parcial del Contrato de Seguro, es decir, solo para el Certificado del ASEGURADO cuando ocurra alguna de las siguientes:

6.4. Al fallecimiento del ASEGURADO, la terminación aplicará para aquel.
6.5. Por renuncia escrita de cualquiera de los ASEGURADOS a continuar asegurado, la terminación aplicará para aquel.
6.6. Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

En caso se produzca la terminación contractual, la ASEGURADORA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

<u>ARTÍCULO 7°.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACION ANTICIPADA DE LA PÓLIZA):</u>

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

A. RESOLUCION DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la resolución total del Contrato de Seguro, cuando ocurra alguna de las siguientes:

7.1. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

7.2. Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver la Póliza durante el periodo de 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 de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a LA ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

B. RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la resolución parcial del Contrato de Seguro, es decir, solo para el Certificado del ASEGURADO cuando ocurra alguna de las siguientes:

7.3. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución parcial.

7.4. Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA en un plazo de 15 (quince) días de conocida su ocurrencia por el ASEGURADO; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato dentro de los 15 (quince) días posteriores de producida dicha comunicación, solo respecto de dicho ASEGURADO (en caso ser el ASEGURADO TITULAR se resolverá la Póliza respecto de todo su grupo familiar). Si la ASEGURADORA opta por resolver el Contrato, tiene derecho percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a LA ASEGURADORA en el plazo anterior, ésta una vez conocida la agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Contrato, solo respecto de dicho ASEGURADO (en caso ser el ASEGURADO TITULAR se resolverá la Póliza respecto de todo su grupo familiar) y percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

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

i) El ASEGURADO incurre 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 ASEGURADORA.
iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.
iv) La ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, la ASEGURADORA 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.

7.5. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. En caso de incurrirse en la presente causal el ASEGURADO o sus Beneficiarios o herederos legales pierden el derecho a ser indemnizados.
En esta situación, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario, con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser solicitada por:

a) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a los numerales 7.1. y 7.3. respectivamente.
b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2., 7.4 y 7.5. precedentes.

Producida la resolución del Contrato de Seguro, por cualquiera de las causales mencionadas precedentemente, la ASEGURADORA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

Los efectos de la resolución del Contrato de Seguro es que la ASEGURADORA no está obligada a otorgar ninguna cobertura o realizar algún gasto derivado de la presente Póliza.

ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

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 / Certificado y por lo tanto, pierde sus efectos legales.

A. NULIDAD DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la nulidad total del Contrato de Seguro, si el CONTRATANTE:

8.1. Hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
8.2. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
8.3. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

B. NULIDAD DE LA CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la nulidad parcial del Contrato de Seguro, es decir, solo para el Certificado del ASEGURADO cuando el ASEGURADO:

8.4. Hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
8.5. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
8.6. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la

ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en los numerales 8.3. y 8.6. precedentes, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

a) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la ASEGURADORA la suma percibida.
b) La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses), excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO actúen con reticencia o realicen una declaración falsa o inexacta dolosa o con culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas por los primeros doce (12) meses de duración del Contrato de Seguro a titulo indemnizatorio.

ARTICULO 9°.- RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

9.1. Si el CONTRATANTE y/ o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

9.2. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas:

(i) **Constatación ANTES que se produzca el siniestro:** La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computado 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.

En caso la propuesta sea aceptada el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura.

En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento del CONTRATANTE, la ASEGURADORA podrá resolver la Póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el primer párrafo del presente literal. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

(ii) **Constatación DESPUES que se produzca el siniestro:** La ASEGURADORA reducirá la suma asegurada a pagar 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.

ARTÍCULO 10°.- PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO:

10.1. Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidas en las Condiciones Particulares o del Certificado de Seguro.

10.2. La prima es debida por el CONTRATANTE a la ASEGURADORA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la prima pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el Beneficiario.

10.3. El pago de primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de primas.

10.4. La ASEGURADORA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o Beneficiario en caso de siniestro.

10.5. Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la ASEGURADORA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de la ASEGURADORA.

10.6. El pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la ASEGURADORA o la Entidad Financiera o Persona Jurídica Autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.

10.7. Los Corredores de Seguros están prohibidos de cobrar primas por cuenta de la ASEGURADORA. Cualquier pago realizado al Corredor de Seguros se tiene por no efectuado.

10.8. La primas podrán ser objeto de ajuste por actualización en razón de la evolución de la tendencia del mercado nacional e internacional, el índice de inflación, inclusive de inflación médica, cambios en beneficios, siniestralidad pasada y esperada, las tablas de mortalidad y morbilidad, nuevas tecnologías, edad, evolución de gastos médicos, tarifarios de las proveedor de servicios en salud, siendo que, aquellos ajustes por actualizaciones se realizarán en las renovaciones y/o en la forma definida para tales efectos en la presente Póliza de Seguro.

10.9. La ASEGURADORA realizará una estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la prima, la cual constará en el Plan de Beneficios, aunque aquella estimación será meramente referencial, por cuanto las primas podrán ser objeto de ajuste por actualización según los criterios técnico – financieros y supuestos actuariales establecidos en el numeral precedente.

10.10. **EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:**

(i) **SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA**: El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por esta Póliza, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE, que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. Asimismo, indicará el plazo del que dispone para pagar la prima antes que se produzca la suspensión de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro.

La ASEGURADORA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

(ii) **RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA:** La ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. 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 de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

10.11. Se deja expresa constancia que si la ASEGURADORA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

ARTÍCULO 11°.- REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA:

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro y el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido, los intereses moratorios respectivos y gastos que origine la rehabilitación. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

ARTÍCULO 12°.- SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:

La ASEGURADORA quedará exenta de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho a cobertura o indemnización si:

12.1. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.

12.2. Si en cualquier tiempo el ASEGURADO o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.

12.3. Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario bajo su complicidad o consentimiento.

La ASEGURADORA está autorizada a realizar las investigaciones que fueran necesarias y solicitar la información correspondiente para comprobar las situaciones antes señaladas.

ARTÍCULO 13º.- ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Se considera 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 Personal de Salud – DPS.

Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

La ASEGURADORA puede solicitar informes médicos adicionales o informes al médico tratante o pueda hacer evaluar a los Solicitantes del Seguro o ASEGURADOS por facultativos designados por ella, con la finalidad de comprobar la evidencia médica de la enfermedad. Las enfermedades crónicas y las que reaparezcan o sean recurrentes, incluso después de haber recibido algún tratamiento, son consideradas como no resueltas.

Sin perjuicio del anterior detalle, toda enfermedad resuelta o no, tendrá que pasar un proceso de suscripción con intervención del área médica de la ASEGURADORA a efectos de su evaluación.

Sin perjuicio de lo señalado en los párrafos precedentes, no considerará como Enfermedad Preexistente, aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de un Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una Póliza de Seguro de Asistencia Médica diferente, sea individual o grupal, aunque siempre de una Compañía de Seguros debidamente registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establece la Ley N° 26702; siempre y cuando:

(i) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la contratación de la presente Póliza en el plazo de ciento veinte (120) días calendario contados a partir del término del Contrato de Seguros que cubrió el período inmediatamente anterior;
(ii) Que haya declarado sus preexistencias a la ASEGURADORA en forma previa; y,
(iii) Que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya aceptado la prima en atención a las enfermedades preexistentes que serán cubiertas.

Si la Enfermedad Preexistente de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica de origen, tuvo como cobertura principal una de indemnización, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes respecto de aquella cobertura indemnizatoria, independientemente si el ASEGURADO utilizo o no la Suma Asegurada de la cobertura indemnizatoria de la Póliza de origen. Pero esa misma Enfermedad Preexistente si tendría continuidad de cobertura para las demás coberturas del seguro (siempre que tampoco sean indemnizatorias), previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el párrafo precedente.

ARTÍCULO 14º.- INVESTIGACIÓN Y REVISION DE LOS SINIESTROS:

14.1. La ASEGURADORA, bajo su cuenta y costo, podrá hacer revisar a los ASEGURADOS por facultativos designados por ella durante el internamiento o atención médica de aquellos en los proveedores de servicios en salud elegidos, o en su domicilio consignado en la presente Póliza o citarlos al consultorio de dichos facultativos para comprobar la procedencia del pedido de beneficios, previa coordinación respectiva, para lo cual el ASEGURADO tiene que otorgar las facilidades necesarias, caso contrario la ASEGURADORA no procederá al pago del siniestro.

Asimismo, podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a los ASEGURADOS.

En general la ASEGURADORA, podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

14.2. Si cualquier información referente a un ASEGURADO o relacionado con su tratamiento fuera simulado o fraudulento, perderá el ASEGURADO todo derecho a cobertura o indemnización, sin perjuicio de la ASEGURADORA inicie las acciones legales correspondientes y pueda solicitar la resolución contractual.

ARTÍCULO 15°.- SUBROGACIÓN:

Desde el momento que la ASEGURADORA preste los servicios de asistencia cubiertos por la Póliza, subroga al ASEGURADO en su derecho para repetir contra terceros responsables de cualquier deterioro en la salud física y/o psicológica ocasionados al ASEGURADO, es decir, la subrogación es respecto de los gastos efectuados por asistencia médica.

El ASEGURADO se obliga a facilitar toda la información y otorgar todos los documentos necesarios para ejercer el derecho de subrogación de la ASEGURADORA así como a concurrir a las citaciones y demás diligencias de carácter personal requeridas por la Ley para la defensa de los intereses materia de subrogación.

El ASEGURADO será responsable ante la ASEGURADORA de cualquier omisión o acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y acciones objeto de la subrogación, en especial y sin excluir otros actos, el recibir pagos de los terceros responsables cuyo derechos han sido subrogados a favor de la ASEGURADORA, obligándose en éste caso, sin perjuicio de las responsabilidad antes aludida, a devolver lo pagado por la ASEGURADORA hasta por el monto recibido del tercero responsable.

La ASEGURADORA incluirá en la reclamación frente a los terceros los gastos efectuados por asistencia médica y todos aquellos costos propios de la reclamación.

ARTÍCULO 16°.- ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS:

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario podrán presentar una queja o reclamo de manera gratuita, bajo cualquier modalidad detallada a continuación:

16.1. Por vía telefónica: A través de la Central de Consultas descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro o en el Certificado.

16.2. Por escrito: Mediante carta dirigida a la ASEGURADORA la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención o mediante un correo electrónico, ambos señalados en el Resumen de la presente Póliza de Seguro o en el Certificado.

Las quejas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

ARTÍCULO 17°.- DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) Beneficiario(s), tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y la ASEGURADORA 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 ASEGURADORA.

ARTÍCULO 18°.- DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los Beneficiarios y la ASEGURADORA establecen que los mecanismos directos de comunicación serán los indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o en el Certificado de Seguro.

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes podrán remitirse a través de medios físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia.

Las coberturas provisionales, prorrogas y cualquier documento de extensión de cobertura suscritos por las personas autorizadas por la ASEGURADORA tienen valor hasta la fecha de vencimiento indicada en dichos documentos o hasta tanto se emitan y suscriban los documentos definitivos que corresponda, lo que ocurra primero.

En caso de contratación a través de sistemas de comercialización a distancia, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del Seguro o cualquiera de las formas que las partes previamente

acuerden y/o autoricen.

Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de los mecanismos de comunicación acordados en el Contrato de Seguro y/o Certificado de Seguro, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos estos.

El CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberán informar a la ASEGURADORA la variación de sus datos de contacto, en caso contrario, se tendrá como válido los últimos datos de contacto señalados en la Póliza y el cambio carecerá de valor y efecto para el presente Contrato.

Para los efectos del presente Contrato la ASEGURADORA, el CONTRATANTE y el ASEGURADO señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

ARTÍCULO 19°.- MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Toda controversia, desavenencia o reclamación 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, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente, las partes 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, la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Indecopi, entre otros según corresponda.

ARTÍCULO 20°.- PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro.

ARTÍCULO 21°.- TRIBUTOS

Todos los tributos presentes que graven las primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la ASEGURADORA y no puedan ser trasladados.

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

ARTÍCULO 22°.- CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

22.1 Se denomina ASEGURADO a la persona incorporada como Estudiante o Docente en la presente Póliza.

a) Estudiantes: Son asegurables conforme a esta Póliza los estudiantes del Centro Educativo, y bajo cualquier modalidad.

b) Docentes: Son asegurables conforme a esta Póliza los Docentes del Centro Educativo sobre el cual se contrate la presente Póliza siempre y cuando los estudiantes del centro educativo estén asegurados.

22.2 Para gozar del beneficio que otorga esta Póliza, se requerirá siempre que los ASEGURADOS, estudiantes y docentes, residan permanentemente en el Perú, un total de nueve meses durante el año de vigencia.

22.3 El límite de permanencia para el ASEGURADO será al perder el vínculo con el Centro Educativo o al cumplirse la anualidad de la vigencia del seguro.

22.4 Cuando el ASEGURADO pierda su calidad de tal, los beneficios del Seguro terminan únicamente respecto de dicha persona.

ARTÍCULO 23°.- PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN:

23.1 El CONTRATANTE se obliga a informar a la ASEGURADORA la solicitud de inscripción de todas aquellas personas que deseen ser incorporadas en la presente Póliza, acompañando en todos los casos la Solicitud de Seguro, previa aceptación de la ASEGURADORA. De igual forma comunicará a la ASEGURADORA respecto a los ASEGURADOS que deben ser excluidos.

23.2 Los nuevos ASEGURADOS que se inscriban después de entrar en vigencia el Contrato de Seguro, quedarán asegurados a partir de la fecha establecida en el Endoso o Certificado de Seguro previa aceptación de la ASEGURADORA. El inicio de vigencia de la presente Póliza será el primer día del mes detallado en el Condicionado Particular y en el Endoso o Certificado para los ASEGURADOS que se inscriban después de iniciada la vigencia.

23.3 Las exclusiones de los ASEGURADOS surgirán efectos a partir del primer día del mes siguiente a la recepción de aquella solicitud y bajo ningún concepto se realizarán en forma retroactiva.

23.4 En los casos en que se retire y/o excluya a un ASEGURADO, se puede solicitar su nueva inscripción quedando asegurado a partir de la fecha establecida en el Endoso o Certificado correspondiente, sujeto a previa aceptación de la ASEGURADORA.

ARTÍCULO 24º.- BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR ASEGURADO:

La suma de todos los gastos cubiertos por la ASEGURADORA incurridos durante la vigencia de la Póliza por cada ASEGURADO, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo por ASEGURADO indicado en el Plan de Beneficios del Certificado de Seguros.

El término “Gastos Cubiertos” según se emplea en la póliza se refiere a los gastos usuales, acostumbrados y razonables incurridos por un asegurado hasta los límites señalados en el Plan de Beneficios.

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

Cuando a la presente Póliza apliquen Cláusulas Adicionales, aquellas tendrán sus propios límites y en caso de no consignarlo, su límite será el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

Algunas de las coberturas de la presente Póliza de Seguro solo se otorgarán como Beneficio Máximo de por Vida, lo cual implica que, solo aplicará una sola vez y el monto del Beneficio no se rehabilitará con cada renovación. El Beneficio Máximo de por Vida prevalece por sobre el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

El tipo de beneficio aplicable a cada cobertura se establecerá en el presente documento o en el Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 25º.- COBERTURAS:

Esta póliza cubre los gastos de curación siempre que su causa única y directa fuera un accidente que no se encuentre excluido en la presente Póliza y se manifieste dentro de los plazos detallados más adelante, bajo los términos y condiciones detallados en el Plan de Beneficios del ASEGURADO.

Se entiende por los gastos de curación por accidente a los gastos efectivamente realizados por concepto de honorarios médicos, gastos hospitalarios, cirugías, medicamentos, pruebas y exámenes médicos, requeridos por el ASEGURADO y que no se encuentren excluidos en la presente Póliza.

Queda claro, que se podrán adicionar más coberturas a los gastos de curación producidos por un accidente que se refieren los párrafos precedentes, las cuales serán consignadas mediante Cláusulas Adicionales, y siempre y cuando estén indicadas en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de proveedores de servicios en salud afiliados al Plan de Beneficios del ASEGURADO.

Se deja expresa constancia que en caso alguna de las Cláusulas Adicionales en donde se consignarán las coberturas adicionales no se encuentren en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura

El ASEGURADO, previo acuerdo con la ASEGURADORA, podrá contratar las siguientes Cláusulas Adicionales, las cuales otorgarán al ASEGURADO las siguientes coberturas:

- CLÁUSULA ADICIONAL GASTOS ODONTOLÓGICOS POR ACCIDENTE
- CLÁUSULA ADICIONAL GASTOS OFTALMOLÓGICOS POR ACCIDENTE
- CLÁUSULA ADICIONAL TRANSPORTE POR EVACUACIÓN EN AVIÓN COMERCIAL
- CLÁUSULA ADICIONAL SEGUNDA Y TERCERA OPINIÓN MÉDICA
- CLÁUSULA ADICIONAL HUELGA, CONMOCION CIVIL, DAÑO MALICIOSO, VANDALISMO Y TERRORISMO
- CLÁUSULA ADICIONAL TERREMOTO Y O TEMBLOR Y O HUAYCOS Y U

OTROS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA

- CLÁUSULA ADICIONAL COBERTURA ESPECIAL DE ENFERMEDADES
- CLÁUSULA ADICIONAL GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL DEL PADRE O MADRE O TUTOR
- PAGO DE LA PENSION ESTUDIANTIL POR MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DEL PADRE O MADRE O TUTOR LEGAL
- CLÁUSULA ADICIONAL DESAMPARO FAMILIAR SÚBITO
- CLÁUSULA ADICIONAL EXONERACION DEL PAGO DE PRIMA DEL SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL INSCRITO EN EL SEGURO
- CLÁUSULA ADICIONAL PRÁCTICA DE DEPORTES NO PROFESIONALES
- CLÁUSULA ADICIONAL USO COMO PASAJERO DE CUALQUIER MEDIO HABITUAL PARA EL TRANSPORTE PÚBLICO
- CLÁUSULA ADICIONAL USO COMO PASAJERO DE AVIONES Y O HELICÓPTEROS PARTICULARES Y O DE LA FF.AA.PP
- CLÁUSULA ADICIONAL TRASLADO DE RESTOS MORTALES
- CLÁUSULA ADICIONAL COBERTURA POR INTOXICACIÓN ACCIDENTAL
- CLÁUSULA ADICIONAL REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES
- CLÁUSULA ADICIONAL GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE NATURAL
- CLÁUSULA ADICIONAL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA POR EMERGENCIA NO ACCIDENTAL
- CLÁUSULA ADICIONAL PAGO DE LA PENSIÓN ESTUDIANTIL DEL ALUMNO A FAVOR DEL CENTRO EDUCATIVO
- CLÁUSULA ADICIONAL PAGO DE LA PENSIÓN ADEUDADA AL CENTRO EDUCATIVO
- CLÁUSULA ADICIONAL PAGO DE PENSIONES EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN
- CLÁUSULA ADICIONAL MUERTE ACCIDENTAL
- CLÁUSULA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y O PARCIAL POR ACCIDENTE
- CLÁUSULA ADICIONAL GASTOS DE SEPELIO
- CLÁUSULA ADICIONAL TRANSPORTE EN AMBULANCIA TERRESTRE
- CLÁUSULA ADICIONAL PAGO POR DIAS DE HOPITALIZACIÓN DEL ALUMNO A FAVOR DE EL PADRE O MADRE O TUTOR LEGAL

ARTÍCULO 26º.- EXTENSIÓN DEL SEGURO:

El presente Seguro cubre contra las consecuencias producidas directa y exclusivamente por accidentes que pudieran ocurrir al ASEGURADO:

a) En el ejercicio de su actividad, de la profesión u oficio declarados.
b) En el curso de su vida privada.
c) Durante la permanencia en cualquier lugar del mundo para gastos de curación y mediante reembolso.
d) Los casos de rabia o reacción alérgica producidos por mordeduras de animales o picaduras de insectos venenosos exceptuándose de cobertura las enfermedades infecciosas transmitidas por éstos cuando resultaren vectores de enfermedades. Por lo tanto, no tienen cobertura los descartes o tratamientos de malaria, fiebre amarilla, dengue, bartonelosis, leishmaniasis y similares.
e) El carbunclo o tétanos de origen traumático.
f) Las consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa causada por un accidente cubierto por la presente Póliza y según lo estipulado en el inciso G del presente artículo.

g) Los causados por esfuerzo repentino como fracturas, luxaciones articulares y distensiones, laceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, cervicalgias, dorsalgias, várices, hernias).
h) Los que resulten del ejercicio de la legítima defensa del ASEGURADO legalmente establecida.

ARTÍCULO 27º.- EXCLUSIONES:

Queda excluido de la cobertura de la presente Póliza las lesiones o accidentes que el ASEGURADO sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

27.1 Cualquier enfermedad corporal o mental y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes conforme la presente Póliza.

27.2 Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de la presente Póliza) y gastos derivados de causas relacionadas (de acuerdo al CIE-10).

27.3 Los llamados "Accidentes Médicos", siendo aquellos los siguientes: apoplejías, congestiones, síncopes, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos; así como los casos de negligencia o impericia médica. Queda también excluidos de cobertura aquellos accidentes originados por la repercusión o consecuencia de eventos, episodios o crisis de estos "Accidentes Médicos".

27.4 Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, intoxicaciones y envenenamientos sistemáticos. Intoxicaciones alimenticias o las causadas por reacciones adversas a medicamentos que hubiesen resultado de la toma de éstos por causas no relacionadas a diagnósticos de causa accidental cubierto por la presente Póliza. Los descartes o tratamientos de enfermedades infecciosas transmitidas por insectos cuando resultaren vectores de enfermedades siendo aquellas las siguientes: malaria, fiebre amarilla, dengue, bartonelosis y leishmaniasis.

27.5 Las complicaciones médicas de embarazos o partos. No obstante, en el caso que un accidente produzca complicaciones médicas que deriven en un aborto, los gastos del mismo, incluyendo el legrado uterino como consecuencia de éste, será materia de cobertura de esta Póliza. De otro lado, en el caso que un accidente provoque el parto sea natural o por cesárea, los gastos incurridos no serán materia de la cobertura de este Seguro.

27.6 Los accidentes ocurridos cuando el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia del alcohol y/o drogas (sin importar su grado de presencia en la sangre) o en estado de sonambulismo y aquello sea el acto generador del siniestro. Están considerados dentro de esta exclusión los accidentes relacionados, causados o derivados del uso, ingesta o consumo de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, narcóticos o fármacos con efectos alucinógenos. Para efectos de esta exclusión, se entiende que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si se niega a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente. En el caso específico de accidentes de

tránsito, y con relación a 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 sangre tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado mayor a 0.5gr./Lt. En caso que la muestra para el dosaje etílico no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15gr./Lt 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.

27.7 Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa; servicio militar; así como participación activa en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.

27.8 Suicidio, auto mutilación o autolesión.

27.9 Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario o heredero legal, dejando a salvo el derecho a recibir el Beneficio Máximo Anual de los restantes Beneficiarios o herederos legales, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.

27.10 Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.

27.11 Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.

27.12 Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades o deportes, siendo aquellos los siguientes: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación directa o indirectamente en carreras de automóviles, motos, motonetas bicicletas, motocross, downhill, y similares, la participación directa o indirectamente en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña, y deportes de riesgo según la definición incluida en la presente Póliza, y que no sean declarados, mediante carta simple, por el ASEGURADO a la ASEGURADORA al momento de su inscripción en el presente Seguro.

27.13 Actos que infrinjan las leyes o reglamentos vigentes.

27.14 Conducción de autos, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos,

motocicletas náuticas y cualquier otro vehículo motorizado en incumplimiento de la normatividad vigente aplicable a los conductores, pasajeros o vehículos motorizados, en la vía pública.

27.15 El uso como pasajero o conductor de cualquier medio habitual para el transporte público de personas ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo en vehículos de propiedad de empresas comerciales o no, que no tengan itinerarios regulares y fijos, salvo se indique lo contrario en el Plan de Beneficios.

27.16 El uso como pasajero de aviones y/o helicópteros particulares o no, inclusive de las Fuerzas Armadas, por viajes eventuales, salvo se indique lo contrario en el Plan de Beneficios.

27.17 Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).

Adicionalmente está excluido de cobertura:

27.18 Aparatos y equipos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para várices, audífonos, implantes dentales de titanio. No se cubren equipos médicos durables tales como oxímetros de pulso, aspirador de secreciones, nebulizadores portátiles, camas clínicas. Asimismo, no se cubre el cuidado por enfermeras y/o técnicas o auxiliares de enfermería especiales y particulares.

27.19 Cirugía plástica o estética y tratamiento de cicatrices queloide. Tratamiento de secuelas producto del accidente.

27.20 Todo medicamento y/o tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o período de prueba o cuya indicación no esté específicamente aprobada por la FDA (Food and Drug Administration-USA) o EMEA (European Medicines Agency) para el diagnóstico en evaluación.

27.21 Sangre y derivados (plasma, albúmina, paquetes globulares, plaquetas, factores de coagulación), excepto las pruebas de compatibilidad. No están cubiertos las pruebas a los donantes. Están excluidos los equipos de auto transfusión.

27.22 Los gastos, que según las leyes vigentes, deben ser cubiertos por los seguros obligatorios de ley; en cuyo caso, la cobertura de la presente Póliza se aplicará para los gastos o exceso de los gastos no cubiertos por los seguros obligatorios vigentes, siempre que dichos gastos no estén expresamente excluidos o no cubiertos según los términos y condiciones de esta Póliza.

27.23 El uso de los siguientes insumos o procedimientos: autoinjerto tendón rotuliano, injertos óseos (aloinjerto o hueso desmineralizado), instrumentación columna (salvo en los casos que esté aprobado por la ASEGURADORA), jaulas inter somáticas, malla nazca, malla safyre, mapeo cerebral, nucleoplastía, radiofrecuencia bipolar, rapid lock, Transfix, Rigidfix.

27.24 Los gastos de curación por accidentes o enfermedades que sean

realizados por el sistema de reembolso o en el extranjero, salvo cuando se traten de la primera atención por emergencia. Asimismo, los gastos odontológicos y oftalmológicos por accidente que no cuenten con una autorización previa de la ASEGURADORA o sean realizados por el sistema de reembolso.

27.25 Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo.

27.26 Cualquier tipo de accidente que ocurra debido al incumplimiento de las Normas y Reglamentos de Seguridad establecidos por las autoridades competentes, siempre que dicho incumplimiento sea la causa del siniestro.

Si la ASEGURADORA ya hubiera reconocido la atención de un siniestro excluido en el presente artículo, la ASEGURADORA no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por dicha cobertura una vez identificado el error.

ARTÍCULO 28º.- FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CREDITOS Y REEMBOLSOS:

Las formas de acceder a la cobertura de la Póliza, sea a través de crédito o reembolso, se delimitarán por cada cobertura y estarán detalladas en el Plan de Beneficios, pues en caso de no encontrarse descritas en dicho documento no será posible acceder a través de dicha forma de cobertura. Aquellas son las siguientes:

28.1 CREDITO (antes): Son las atenciones por las que el asegurado asume los Deducibles y Copagos, y los gastos o excesos no cubiertos por la póliza, debiendo pagarlos directamente al proveedor de servicios. Los gastos cubiertos en exceso de los Deducibles y Copagos serán asumidos directamente por la ASEGURADORA, quien se encargará del pago del servicio a dichos proveedores siempre que haya pertinencia médica.

Cada atención médica corresponde a un acto médico y por lo tanto, cada atención está sujeta al pago de un Deducible, y Copagos de ser necesario.

Es factible que para algunas coberturas, sea necesaria la emisión de Cartas de Garantía por parte de la ASEGURADORA, previas a la atención en salud, sin perjuicio de los Deducibles y Copagos a cargo del ASEGURADO.

28.2 REEMBOLSO (después): Aplica cuando el ASEGURADO ha recibido la prestación en salud y no activó la cobertura del presente seguro en dicha oportunidad, por lo cual, solicita que le sean reintegrados los gastos en los que incurrió.

En el reintegro de los gatos incurridos se le descontarán los montos por concepto de Deducible y Copagos objeto de la cobertura.

Los reembolsos pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base a los costos y tarifas normales en el Perú para un caso similar (se tomará como referencia el tarifario Rimac Seguros, disponible en

nuestra página web: www.rimac.com.pe).

ARTÍCULO 29°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

29.1 **EMERGENCIA ACCIDENTAL:** El ASEGURADO producido un accidente cubierto por esta Póliza, está en la obligación de comunicarlo a la ASEGURADORA mediante carta, correo electrónico y/o vía telefónica, hasta en un máximo de 48 (cuarenta y ocho) horas de haberse producido el accidente. En este plazo de tiempo se debe conducir al ASEGURADO al proveedor de servicios en salud más cercano y presentar:

a) Documento Nacional de Identidad (DNI).

En los casos de accidentes producidos por hechos a raíz de Huelga, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo, y Terremoto y/o temblor y/o huaycos y/u otro fenómeno de la naturaleza, el ASEGURADO está en la obligación de comunicarlo a la ASEGURADORA o presentarse al proveedor de servicios en salud inmediatamente ocurrido el accidente y hasta en un máximo de 24 (veinticuatro) horas de producido el accidente.

29.2 **ATENCION HOSPITALARIA:** Para la atención hospitalaria del ASEGURADO, por continuación de un accidente cubierto por la Póliza, el ASEGURADO debe presentar al proveedor de servicios en salud lo siguiente:

a) Hoja de declaración de Accidente que será proporcionada por el Centro Educativo y que debe encontrarse debidamente llenada por el ASEGURADO y firmada y sellada por el Centro Educativo.
b) Denuncia policial si fuera el caso de accidente de tránsito o producto de un ilícito penal como robo, terrorismo, entre otros.
c) Cualquier otro requisito que guarde consistencia y proporcionalidad con el siniestro.

29.3 **ATENCION AMBULATORIA:** Para la atención ambulatoria del ASEGURADO, por continuación de un accidente cubierto por la Póliza, el ASEGURADO debe presentar al proveedor de servicios en salud lo siguiente:

a) Hoja de declaración de Accidente que será proporcionada por el Centro Educativo y que debe encontrarse debidamente llenada por el ASEGURADO y firmada y sellada por el Centro Educativo.
b) Denuncia policial si fuera el caso de accidente de tránsito o producto de un ilícito penal como robo, terrorismo, entre otros.
c) Cualquier otro requisito que guarde consistencia y proporcionalidad con el siniestro.

29.4 Si existiera algún motivo de fuerza mayor que impida la atención de un ASEGURADO en la red de proveedores afiliados señalados en el Plan de Beneficios en el territorio nacional o en el extranjero, y siempre que se tratase de la primera atención de emergencia, se procederá al reembolso, por lo cual se deberá presentar lo siguiente:

a) Se debe informar a la ASEGURADORA de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles de haber ocurrido.
b) La atención de emergencia accidental debió haberse realizado en un plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido el accidente.
c) Presentar denuncia policial, interpuesta inmediatamente producido el hecho, en caso de accidentes de tránsito y/o para los casos de riñas,

peleas, u otros en los que participe el ASEGURADO y terceras personas, aún se trate de legítima defensa o para lesiones corporales causadas por terceros.

d) Hoja de Denuncia de Accidentes debidamente llenada por el ASEGURADO, y firmada y sellada por el Centro Educativo y el Médico tratante, en la cual se detalle las circunstancias del accidente y los motivos de no haber utilizado la red de proveedores afiliados.

e) Recibo por honorarios profesionales a nombre del paciente, con el sello de "cancelado".

f) Facturas originales de farmacia y/o exámenes especiales a nombre de Rímac Seguros y Reaseguros (RUC N° 20100041953), originales de las recetas, órdenes del médico para exámenes y de los resultados obtenidos.

g) Adjuntar los exámenes auxiliares practicados.

h) Las atenciones sucesivas deben ser atendidas dentro de la red de proveedores afiliados, señalados en el Plan de Beneficios.

i) No se reconocerá bajo reembolso ninguna atención bajo la cobertura odontológica u oftalmológica por accidente, ni gastos por rehabilitación o gastos posteriores a la primera atención de emergencia del ASEGURADO.

j) Los reembolsos serán cubiertos y reconocidos en base a los costos y tarifas normales en el Perú para un caso similar y que estén indicados en el Plan de Beneficios (se tomará como referencia el tarifario Rimac Seguros, disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe).

29.5 La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del reembolso dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la Solicitud de Reembolso completa. Dicho período comprende:

a) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar información adicional.

b) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

29.6 La ASEGURADORA puede solicitar al ASEGURADO o SBS una prórroga del plazo para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias del reembolso.

29.7 Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

29.8 Una vez consentido el reembolso la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para reintegrar los gastos al ASEGURADO. En caso de no cumplir con dicho plazo se aplica un interés moratorio anual de 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú.

29.9 En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reintegro de los gastos será realizado a los Beneficiarios del ASEGURADO.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

1.- GASTOS ODONTOLÓGICOS POR ACCIDENTE

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura sólo será otorgada si el ASEGURADO lo comunica a la ASEGURADORA dentro de las veinticuatro (24) horas de ocurrido, solo aplica para hechos ocurridos en el Perú y vía crédito.

Esta cobertura está limitada a gastos de curación y reposición de piezas dentales dañadas única y exclusivamente a consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza, siempre que sea aprobado previamente por la ASEGURADORA y se realicen en los centros odontológicos afiliados a la ASEGURADORA e indicados en el Plan de Beneficios.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

2.- GASTOS OFTALMOLÓGICOS POR ACCIDENTE

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura sólo será otorgada si el ASEGURADO lo comunica a la ASEGURADORA dentro de las veinticuatro (24) horas de ocurrido, aplica para hechos ocurridos en el Perú o en el extranjero y vía crédito o reembolso.

Esta cobertura está limitada a gastos de curación en los ojos única y exclusivamente a consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza, siempre que sea aprobado previamente por la ASEGURADORA y se realicen en los centros oftalmológicos afiliados a la ASEGURADORA e indicados en el Plan de Beneficios.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

3.- TRANSPORTE POR EVACUACIÓN EN AVIÓN COMERCIAL

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura sólo será otorgada previa autorización de la ASEGURADORA y en vuelos regulares y comerciales para aquellas evacuaciones que sean estrictamente necesarias para preservar la vida del ASEGURADO, debido a un accidente ocurrido en lugares donde la ASEGURADORA, previamente, determine que no se cuenta con la infraestructura médica necesaria para brindar la atención médica requerida.

Esta cobertura sólo se otorga al momento de ocurrido el accidente y no están incluidas las evacuaciones programadas, por continuaciones de tratamiento o cuando no está en riesgo la vida del ASEGURADO.

Esta cobertura sólo será otorgada si el ASEGURADO lo comunica a la ASEGURADORA dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido, aplica para hechos ocurridos en el Perú o en el extranjero y vía crédito o reembolso.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

4.- SEGUNDA Y TERCERA OPINIÓN MÉDICA

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

En caso el ASEGURADO requiera una consulta para obtener una Segunda Opinión Médica y hasta una Tercera Opinión Médica por una cirugía cubierta por esta Póliza, estas consultas deberán ser previamente solicitadas, aprobadas y coordinadas por la ASEGURADORA. El ASEGURADO deberá presentar una solicitud formal explicando las razones de dicho requerimiento en el caso de no encontrar satisfactorios los niveles en la primera o segunda atención.

Esta cobertura solo aplica para hechos opiniones médicas en el Perú y vía crédito o reembolso.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

5.- HUELGA, CONMOCIÓN CIVIL, DAÑO MALICIOSO, VANDALISMO Y TERRORISMO

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura sólo será otorgada si el ASEGURADO lo comunica a la ASEGURADORA dentro de las veinticuatro (24) horas de ocurrido, solo aplica para hechos ocurridos en el Perú y vía crédito.

Esta cobertura será otorgada sólo si el ASEGURADO no participa como miembro activo o tenga participación directa en estos actos.

Sólo se cubrirán gastos médicos por lesiones corporales si el ASEGURADO está considerado como tercero afectado.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

6.- TERREMOTO Y/O TEMBLOR Y/O HUAYCOS Y/U OTROS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura sólo será otorgada si el ASEGURADO lo comunica a la ASEGURADORA dentro de las veinticuatro (24) horas de ocurrido, solo aplica para hechos ocurridos en el Perú y vía crédito.

Sólo se cubrirán gastos médicos por lesiones corporales resultantes de los sucesos mencionados, excluyéndose cualquier gasto médico por enfermedad de cualquier tipo.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

7.- COBERTURA ESPECIAL DE ENFERMEDADES

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura sólo se otorga si está expresamente incluida y detallada en el Plan de Beneficios, que forma parte de esta Póliza.

Las enfermedades o diagnósticos cubiertos así como la Suma Asegurada Máxima, están especificados en el Plan de Beneficios.

Sólo serán cubiertos los gastos médicos por hospitalización de las enfermedades indicadas y cubiertas, siempre que no se trate de dolencias o enfermedades preexistentes al inicio del seguro.

Esta cobertura está limitada a cubrir los gastos médicos bajo el sistema de crédito, con carta de garantía debidamente autorizada por la ASEGURADORA, y siempre que el siniestro sea reportado con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación en caso de ser hospitalización programada, o al momento del siniestro, en caso se trate de una emergencia.

No serán cubiertos los gastos efectuados sin la autorización de la ASEGURADORA o por el sistema de reembolso.

No se considerará como enfermedad preexistente, aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de un Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente, siempre y cuando (i) el ASEGURADO solicite la contratación de la presente Póliza en el plazo de ciento veinte (120) días calendario contados a partir del término del Contrato que cubrió el período inmediatamente anterior, (ii) que haya declarado sus preexistencias a la ASEGURADORA en forma previa, y (iii) que el ASEGURADO haya aceptado la sobreprima de seguro que sea informada por la ASEGURADORA, en atención a las preexistencias que serán cubiertas.

En tal sentido, la exclusión por enfermedad preexistente señalada en el Condicionado General, no regirá para el ASEGURADO que se encuentre dentro del supuesto señalado en el párrafo anterior.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

8.- GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL DEL PADRE O MADRE O TUTOR

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura de sepelio no tiene carácter indemnizatorio. Esta cobertura reembolsa los gastos de sepelio por muerte accidental del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:

- **El padre o madre o tutor legal, debe ser el responsable económico directo del estudiante ASEGURADO.**
- **La inscripción del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO debe haberse realizado al momento de la matrícula en el Centro Educativo.**
- **La edad del padre o madre o tutor legal no deberá ser mayor a sesenta y cinco (65) años ni menor de dieciocho (18) años.**

A efectos de solicitar la cobertura será necesario que el ASEGURADO presente los siguientes documentos:

- **Partida de nacimiento en caso de padre o madre.**
- **Partida de defunción.**
- **Acta de defunción.**
- **Facturas originales de la agencia funeraria.**
- **Denuncia Policial.**
- **Certificado de Necropsia, con examen para drogas o alcohol.**
- **Constancia de estudios del estudiante ASEGURADO.**
- **En caso de ser padre de familia, constancia de haber sido declarado como responsable económico al momento de tomar el seguro.**

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

9.- PAGO DE LA PENSIÓN ESTUDIANTIL POR MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DEL PADRE O MADRE O TUTOR LEGAL

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura será efectiva sólo cuando la muerte o la invalidez permanente total del padre o madre o tutor legal debidamente inscrito al inicio del seguro y cumpla las siguientes condiciones:

- **El padre o madre o tutor legal, debe ser el responsable económico directo del estudiante ASEGURADO.**
- **La inscripción del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO debe haberse realizado al momento de la matrícula en el Centro Educativo.**
- **La edad del padre o madre o tutor legal no deberá ser mayor a sesenta y cinco (65) años ni menor de dieciocho (18) años.**
- **El responsable económico no puede ser el mismo alumno.**

El pago de la pensión es a favor del Centro Educativo y sólo por los meses que resten para la finalización del año de estudio lectivo hasta el máximo de meses estipulado en el Plan de Beneficios que forma parte de esta Póliza.

Esta cobertura será suspendida si el estudiante ASEGURADO deja de ser alumno del Centro Educativo contratante de esta Póliza.

Los documentos requeridos son los mismos documentos de Gastos de Sepelio además de los Recibos de pago de pensión por el período acordado en la Póliza.

En estos casos la ASEGURADORA pagará directamente al Centro Educativo las pensiones del alumno ASEGURADO de manera mensual.

La ASEGURADORA reembolsará las pensiones de los estudiantes ASEGURADO, en caso que el padre o madre sobreviviente hubieran realizado previamente el pago.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.
En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

10.- DESAMPARO FAMILIAR SÚBITO

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

La ASEGURADORA, ante el fallecimiento de ambos padres (padre y madre) a consecuencia de un mismo accidente, pagará al estudiante ASEGURADO bajo esta Póliza la suma asegurada establecida en el Plan de Beneficios, siempre y cuando el estudiante ASEGURADO no sea mayor de veinte cinco (25) años y sea económicamente dependiente de los padres.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

11.- EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMA DEL SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL INSCRITO EN EL SEGURO

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura será efectiva sólo si la muerte del padre o madre o tutor legal debidamente inscrito al inicio del seguro y cumpla las siguientes condiciones:

- **El padre o madre o tutor legal, debe ser el responsable económico directo del estudiante ASEGURADO.**
- **La inscripción del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO debe haberse realizado al momento de la matrícula en el Centro Educativo.**
- **La edad del padre o madre o tutor legal no deberá ser mayor a sesenta y cinco (65) años ni menor de dieciocho (18) años.**

La cobertura exonera del pago de la prima anual del seguro al estudiante ASEGURADO en las siguientes vigencias de la Póliza.

Esta cobertura sólo se mantiene vigente mientras el Centro Educativo contratante, renueve de manera continua la Póliza en la ASEGURADORA. Si la Póliza se resuelve o no se renueva en la ASEGURADORA, esta cobertura quedará sin efecto.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

12.- PRÁCTICA DE DEPORTES NO PROFESIONALES

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

La indemnización para este Beneficio Adicional previsto en el Seguro, se concede cuando la muerte del ASEGURADO o las lesiones que sufra, se deban directa o indirectamente, total o parcialmente a la práctica de Deportes NO Profesionales, tales como:

Atletismo, Bochas, Bolos, Fútbol, Fulbito, Béisbol, Básquetbol, Vóleibol, Ciclismo, Deportes Náuticos a Vela y a Motor, Tabla Hawaiana, Esgrima, Gimnasia (incluyendo el uso de máquinas de gimnasio), Polo, Skate Board, Canotaje siempre y cuando sea un paseo guiado, Concursos o Prácticas Hípicas, Equitación, Golf, Handball, Hockey, Natación, Rugby, Softball, Patinaje, Pelota a Paleta, Pelota Vasca, Pesca (salvo submarina y/o en alta mar), Remo, Tenis, Box, Waterpolo, Artes Marciales, Esquí Acuático o en Arena, Escalamiento en Palestra (Sólo dentro del Centro Educativo) incluyendo cualquier otro deporte que forme parte de la currícula del Centro Educativo, siempre que sea declarado antes del inicio de la Cobertura y previa aceptación por parte de la ASEGURADORA.

Esta cobertura está limitada a los Gastos de curación exclusivamente a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza siempre que sea aprobado previamente por la ASEGURADORA.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

13.- USO COMO PASAJERO DE CUALQUIER MEDIO HABITUAL PARA EL TRANSPORTE PÚBLICO

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

La indemnización para este Beneficio Adicional previsto en el Seguro, se concede cuando la muerte del ASEGURADO o las lesiones que sufra, se deban directa o indirectamente, total o parcialmente al uso como pasajero de cualquier medio habitual para el transporte público de personas; ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo, en vehículos que pudiendo ser o no de empresas comerciales, no recorran itinerarios regulares y fijos, siempre y cuando se realice a través de Empresas Legalmente Constituidas y con el permiso de operación de las autoridades competentes.

Esta cobertura está limitada a los Gastos de curación exclusivamente a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza siempre que sea aprobado previamente por la ASEGURADORA.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

14.- USO COMO PASAJERO DE AVIONES Y/O HELICÓPTEROS PARTICULARES Y/O DE LA FF.AA.PP

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

La indemnización para este Beneficio Adicional previsto en el Seguro, se concede cuando la muerte del ASEGURADO o las lesiones que sufra, se deban directa o indirectamente, total o parcialmente al uso como pasajero de aviones y/o helicópteros particulares y/o de la FAP, por viajes eventuales, siempre y cuando se realice a través de Empresas Legalmente Constituidas y con el permiso de operación de las autoridades competentes.

Esta cobertura está limitada a los Gastos de curación exclusivamente a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza siempre que sea aprobado previamente por la ASEGURADORA.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

15.- TRASLADO DE RESTOS MORTALES

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Beneficio otorgado en caso del fallecimiento de los ASEGURADOS, ocurrido dentro del territorio nacional, mediante el traslado de los restos a través de un avión comercial nacional (Según Costo Promedio del Mercado, máximo hasta el valor de un pasaje "One Way" Clase Turista).

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

16.- COBERTURA POR INTOXICACIÓN ACCIDENTAL

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

La indemnización para este Beneficio Adicional previsto en el seguro, se concede cuando la muerte del ASEGURADO o las lesiones que sufra, se deban directa o indirectamente, total o parcialmente a los siguientes diagnósticos considerados emergencias o urgencias médicas en tanto estén ligados a la ingesta de comidas o bebidas en el Centro de Estudios en las previas veinticuatro (24) horas: angioedema, urticaria, edema de glótis o laríngeo, así como broncoespasmo asociado a los diagnósticos señalados.

La cobertura estará limitada únicamente a la primera atención de emergencia, máximo ocho (8) horas de atención. No están cubiertas hospitalizaciones o continuaciones de tratamiento ambulatorias que puedan derivar de esta emergencia.

No se encuentra en cobertura los siguientes diagnósticos o síntomas: diarrea de cualquier etiología con o sin deshidratación, dispepsia, gastritis, gastroenteritis, reflujo gastroesofágico, dolor abdominal de cualquier etiología, fiebre, nauseas, vómitos, broncoespasmo o asma bronquial. Suma asegurada incluida dentro de la Suma Asegurada de Gastos de Curación por Accidente.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

17.- REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Beneficio otorgado en caso del fallecimiento de los ASEGURADOS, ocurrido fuera del territorio nacional, mediante la repatriación de los restos mortales a través de un avión comercial internacional (Según Costo Promedio del Mercado, máximo hasta el valor de un pasaje "One Way" Clase Turista).

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

18.- GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE NATURAL

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

La indemnización para este Beneficio Adicional previsto en el seguro, se concede cuando la muerte del ASEGURADO o las lesiones que sufra, se deban directa o indirectamente, total o parcialmente al fallecimiento del ASEGURADO por causas naturales.

Esta cobertura se encontrará activa siempre que y cuando se encuentre detallada en el Plan de Beneficios.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

19.- SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA POR EMERGENCIA NO ACCIDENTAL

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Este servicio comprende la atención médica, la estabilización del paciente y la entrega de medicinas básicas e inmediatas. La atención concluye con el traslado al Centro Médico Afiliado de haber sido necesario.

No son consideradas Emergencias Médicas NO Accidentales las Enfermedades crónicas que requieren atención continua, tales como: Crisis Asmáticas, Migrañas o Cefaleas Recurrentes y Procesos Respiratorios Altos (Faringitis, Amigdalitis, Bronquitis)

En caso de emergencia los ASEGURADOS deberán llamar a la Central de Emergencia de Aló Rímac al 411-1111 en Lima y al 0-800-411-11 en provincias durante las veinticuatro (24) horas, los trecientos sesenta y cinco (365) días del año. Será atendido por una operadora y médicos que de ser necesario coordinarán el traslado a la clínica más cercana.

El traslado a la clínica no cubre el costo del internamiento por tratarse de una emergencia médica no accidental.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

20.- PAGO DE LA PENSIÓN ESTUDIANTIL DEL ALUMNO A FAVOR DEL CENTRO EDUCATIVO

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Este beneficio se activa en caso del fallecimiento y/o invalidez permanente total (ambos por accidente) del responsable económico de los gastos educativos del alumno (Padre o Madre o Tutor Legal declarado al momento de la matrícula y que figure en los registros del Centro Educativo).

- **El padre o madre o tutor legal, debe ser el responsable económico directo del estudiante ASEGURADO.**
- **La inscripción del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO debe haberse realizado al momento de la matrícula en el Centro Educativo.**
- **La edad del padre o madre o tutor legal no deberá ser mayor a sesenta y cinco (65) años ni menor de dieciocho (18) años.**
- **El responsable económico no puede ser el mismo alumno.**

Cobertura a favor del Centro Educativo siempre que el alumno se encuentre matriculado, hasta un máximo de doce (12) mensualidades contadas a partir del mes siguiente del fallecimiento o invalidez total del Responsable Económico de los Gastos de Educación del ASEGURADO.

Esta cobertura se limita al año escolar en curso.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

21.- PAGO DE LA PENSIÓN ADEUDADA AL CENTRO EDUCATIVO

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Este beneficio se activa en caso del fallecimiento (por accidente) del responsable económico de los gastos educativos del alumno (Padre o Madre o Tutor Legal declarado al momento de la matrícula y que figure en los registros del Centro Educativo), siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- **El padre o madre o tutor legal, debe ser el responsable económico directo del estudiante ASEGURADO.**
- **La inscripción del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO debe haberse realizado al momento de la matrícula en el Centro Educativo.**
- **La edad del padre o madre o tutor legal no deberá ser mayor a sesenta y cinco (65) años ni menor de dieciocho (18) años.**
- **El responsable económico no puede ser el mismo alumno.**

Pago de pensiones adeudadas al Centro Educativo, a la fecha de producirse el siniestro, hasta un máximo de las tres (3) últimas boletas.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

22.- PAGO DE PENSIONES EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Este beneficio se activa en caso de hospitalización del responsable económico de los gastos educativos del alumno (Padre o Madre o Tutor Legal declarado al momento de la matrícula y que figure en los Registros del Centro Educativo), bajo las siguientes condiciones:

- **El padre o madre o tutor legal, debe ser el responsable económico directo del estudiante ASEGURADO.**
- **La inscripción del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO debe haberse realizado al momento de la matrícula en el Centro Educativo.**
- **La edad del padre o madre o tutor legal no deberá ser mayor a sesenta y cinco (65) años ni menor de dieciocho (18) años.**
- **El responsable económico no puede ser el mismo alumno.**

Pago de hasta cuatro (4) pensiones siempre que el responsable económico permanezca hospitalizado ininterrumpidamente por más de treinta (30) días consecutivos, es decir, por cada 30 días de hospitalización, Rimac pagará una pensión con un máximo de cuatro (4) pensiones.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

23.- MUERTE ACCIDENTAL

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Este beneficio se activa en caso de muerte accidental del alumno ASEGURADO en la presenta póliza.

La ASEGURADORA pagará la suma asegurada indicada en el Plan de Beneficios a la persona o personas designadas como Beneficiarios en la solicitud original, firmada por el ASEGURADO, y que figuren como tales en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de no haber tal designación, la indemnización será pagada a los herederos legales del ASEGURADO. Si fueren dos (2) o más los Beneficiarios designados y no se hubiera establecido proporción en la solicitud y en consecuencia en la Póliza, el importe a indemnizar se dividirá y abonará por partes iguales.

La cobertura de muerte accidental es indemnizable siempre que la ASEGURADORA haya sido notificada del hecho, en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles de haber ocurrido el fallecimiento, y que la causa del fallecimiento accidental no se encuentre excluido en las condiciones generales, particulares o especiales de esta Póliza.

No obstante lo indicado en el párrafo precedente, si los beneficiarios demuestran que existen causas de fuerza mayor que no permitieron dar aviso en el plazo establecido, éste podrá ser ampliado a diez (10) días útiles.

Los plazos indicados precedentemente son sin perjuicio del ASEGURADO de acudir a la vía judicial.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

24.- INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Este beneficio se activa en caso de Invalidez Permanente por accidente del alumno ASEGURADO en la presenta póliza.

La ASEGURADORA pagará al ASEGURADO la suma correspondiente al grado de Invalidez Permanente por Accidente, hasta el monto máximo indicado en el Plan de Beneficios.

i. Invalidez Permanente Total:

Se entiende por Invalidez Permanente Total al estado absoluto e incurable que no permite al ASEGURADO ninguna actividad u ocupación por el resto de su vida y que haya sido a consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza.

Para efectos de esta Póliza se considera como Invalidez Permanente Total y por tanto sujeto a una indemnización del 100% de la suma asegurada a los casos que se señalan a continuación:

- **Fractura incurable de la columna vertebral que derive en la invalidez total y permanente**
- **Pérdida total de los dos ojos**
- **Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos**
- **Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies**
- **Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna**
- **Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y de un pie**

ii. Invalidez Permanente Parcial

La invalidez permanente parcial o pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional. Sin embargo, si la invalidez permanente parcial deriva de seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órganos afectados.

El monto a indemnizar en caso de Invalidez Permanente Parcial es un porcentaje de la suma asegurada detallada en el Plan de Beneficios. Los porcentajes de indemnización se detallan a continuación:

- **Cabeza**
- **Sordera total e incurable de los dos oídos 50%**
- **Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular 40%**
- **Sordera total e incurable de un oído 15%**
- **Ablación de la mandíbula inferior 50%**

- **Miembros Superiores Der. Izq.**
- **Pérdida total de un brazo (arriba del codo) 75% 60%**

- **Pérdida total de un antebrazo (hasta el codo) 70% 55%**
- **Pérdida total de una mano (a la altura de la muñeca) 60% 50%**
- **Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total) 45% 36%**
- **Anquilosis del hombro en posición no funcional 30% 24%**
- **Anquilosis del codo en posición no funcional 25% 20%**
- **Anquilosis del codo en posición funcional 20% 16%**
- **Anquilosis de la muñeca en posición no funcional 20% 6%**
- **Anquilosis de la muñeca en posición funcional 15% 12%**
- **Pérdida total del dedo pulgar de la mano 20% 18%**
- **Pérdida total del dedo índice 16% 14%**
- **Pérdida total del dedo medio 12% 10%**
- **Pérdida total del dedo anular 10% 8%**
- **Pérdida total del dedo meñique 6% 4%**

- **Miembros inferiores**
- **Pérdida total de una pierna (por encima de la rodilla) 60%**
- **Pérdida total de una pierna (por debajo de la rodilla) 50%**
- **Pérdida total de un pie 35%**
- **Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total) 35%**
- **Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total) 30%**
- **Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total) 20%**
- **Anquilosis de la cadera en una posición no funcional 40%**
- **Anquilosis de la cadera en una posición funcional 20%**
- **Anquilosis de la rodilla en posición no funcional 30%**
- **Anquilosis de la rodilla en posición funcional 15%**
- **Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional 15%**
- **Anquilosis del empeine en posición funcional 8%**
- **Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5cms 15%**
- **Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3cms 8%**
- **Pérdida total del dedo gordo de un pie 10%**
- **Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie 4%**

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva de un órgano o miembro, ocasionados por un accidente cubierto por esta Póliza.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por la pérdida del dedo entero, si se tratase del pulgar, y a la tercera parte, por cada falange, si se tratase de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdidos, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada indicada en el Plan de Beneficios.

En caso de constar en la solicitud que el ASEGURADO ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de la indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no

serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

25.- GASTOS DE SEPELIO

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Este beneficio se activa en caso de ocurrir el fallecimiento en caso de un accidente del alumno ASEGURADO en la presenta póliza.

La ASEGURADORA pagará, hasta la suma asegurada establecida en el Plan de Beneficios de la Póliza, los Gastos de sepelio en que incurran los deudos por el fallecimiento del ASEGURADO a consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza.

Esta cobertura de sepelio no tiene carácter indemnizatorio.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

26.- TRANSPORTE EN AMBULANCIA TERRESTRE

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura sólo será otorgada previa autorización de la ASEGURADORA para aquellos traslados en ambulancia en que el ASEGURADO no pueda ser movilizado por sus propios medios hasta el lugar donde recibirá la atención médica.

Esta cobertura sólo se otorga al momento de ocurrido el accidente y no están incluidos los traslados programados por continuaciones de tratamiento o cuando no está en riesgo la vida del ASEGURADO.

La derivación de unidades estará sujeta a disponibilidad de servicio de nuestros proveedores.

Los límites de traslado son los siguientes:

- **Por el Norte: Km 21 Panamericana Norte inclusive**
- **Por el Sur: Villa el Salvador inclusive**
- **Por el Este: Municipalidad de Ate Vitarte inclusive**
- **Por el Oeste: La Punta – Callao inclusive**

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

27.- PAGO POR DIAS DE HOPITALIZACIÓN DEL ALUMNO A FAVOR DEL PADRE O MADRE O TUTOR LEGAL

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura sólo será otorgada EN CASO DE hospitalización del ASEGURADO a favor del padre o madre o tutor legal, quien debe ser el responsable económico directo del ASEGURADO.

Esta cobertura sólo se otorga hasta por un máximo de diez (10) días consecutivos de internamiento del ASEGURADO a favor del padre o madre o tutor legal responsable económico directo del ASEGURADO, siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- **El padre o madre o tutor legal, debe ser el responsable económico directo del estudiante ASEGURADO.**
- **La inscripción del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO debe haberse realizado al momento de la matrícula en el Centro Educativo.**
- **La edad del padre o madre o tutor legal no deberá ser mayor a sesenta y cinco (65) años ni menor de dieciocho (18) años.**

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el ASEGURADO no podrá gozar de dicha cobertura.

RIMAC

Seguros

8159395

CARGO

Lima, 04 de Marzo del 2019

Señor(a)
SERVIC NAC DE ADIESTRAM EN TRABAJ INDUST
Dirección : Av Alfredo Mendiola 3520
Distrito : Independencia/Lima/Lima

Corredor : Marsh Rehder S.A. Corredores De Seguros
Dirección : Casilla San Isidro
Distrito : -/-/-

Sírvase encontrar adjunto el presente documento

Tipo	Descripción
EMISIÓN DE PÓLIZA	Póliza Ami Accidente Estudiante Nro E1-609681 Operación : 8159395 Trámite : SI3856181-01

Mucho le agradeceremos firmar el presente cargo en señal de conformidad

Quien suscribe el presente documento, declara haber recibido la Póliza de Seguro.

Nombre de la persona que recibe la Póliza de Seguro: _____
DNI N° _____
Vinculo y/o parentesco con el Contratante / Asegurado:
Corredor ☐ Cónyuge ☐ Hermano ☐ Padre o Madre ☐ Hijo(a) ☐ Trabajadora del Hogar ☐
Otros ☐ Especificar: _____
Fecha: _____
Firma:

_____

Estimado cliente, si este documento ha sido entregado mediante su corredor de seguros, sírvase devolver este cargo firmado a Rimac en sus plataformas de atención o vía mail a cargosdepolizas@rimac.com.pe.

RIMAC

Seguros

8159395

CARGO

Lima, 04 de Marzo del 2019

Señor(a)
SERVIC NAC DE ADIESTRAM EN TRABAJ INDUST
Dirección : Av Alfredo Mendiola 3520
Distrito : Independencia/Lima/Lima

Corredor : Marsh Rehder S.A. Corredores De Seguros
Dirección : Casilla San Isidro
Distrito : -/-/-

Sírvase encontrar adjunto el presente documento

Tipo	Descripción
EMISIÓN DE PÓLIZA	Póliza Ami Accidente Estudiante Nro E1-609681 Operación : 8159395 Trámite : SI3856181-01

Mucho le agradeceremos firmar el presente cargo en señal de conformidad

Quien suscribe el presente documento, declara haber recibido la Póliza de Seguro.

Nombre de la persona que recibe la Póliza de Seguro: _____
DNI N° _____
Vinculo y/o parentesco con el Contratante / Asegurado:
Corredor ☐ Cónyuge ☐ Hermano ☐ Padre o Madre ☐ Hijo(a) ☐ Trabajadora del Hogar ☐
Otros ☐ Especificar: _____
Fecha: _____
Firma:

_____

Estimado cliente, si este documento ha sido entregado mediante su corredor de seguros, sírvase devolver este cargo firmado a Rimac en sus plataformas de atención o vía mail a cargosdepolizas@rimac.com.pe.

RIMAC

Seguros

8159395

** POLIZA NUEVA **

Póliza Ami Accidente Estudiante Nro E1-609681

Plan: 165679 Senati - Anual

Código SBS: AE0506320071

Trámite No: SI3856181-01

Operación: 8159395

Condiciones Particulares

Aseguradora	: **Rimac Seguros y Reaseguros**		
RUC	: 20100041953	Página web	: www.rimac.com.pe
Dirección	: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima	Teléfono	: 411-3000

Contratante	: SERVIC NAC DE ADIESTRAM EN TRABAJ INDUST		
RUC	: 20131376503	Teléfono	: 2089999
Dirección	: Av Alfredo Mendiola 3520		
Distrito	: Independencia / Lima / Lima	Correo Electrónico	:
Representante Legal	:		

Comercializador / Corredor

Nombre	: Marsh Rehder S.A. Corredores De Seguros	R.U.C.	: 20100126193
Dirección	: Casilla San Isidro	Teléfono	: 000000
Código Corredor	: J0045		

Vigencia del 01/03/2019 al 29/02/2020 de 12 a 12 Horas

Moneda: Nuevos Soles

Materia del Seguro

La ASEGURADORA se compromete a pagar a los proveedores de servicios en salud los gastos en los que incurra el ASEGURADO o a éste en caso de reembolso, a causa de una enfermedad o accidente que requiera asistencia médica, de acuerdo con el diagnóstico y las necesidades del tratamiento en los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Particulares y hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO, con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Adicionales y Endosos, que en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro. El Plan de Beneficios forma parte integrante del Condicionado Particular en calidad de Anexo.

EXCLUSIONES: No gozarán de cobertura en la presente Póliza, las siguientes exclusiones:
* Las Enfermedades Preexistentes
* Las causas, consecuencias y complicaciones como enfermedades, tratamientos y demás gastos según el detalle de las Condiciones Generales, Clausulas Adicionales o Endosos aplicables.

Relación de Asegurados

Plan : 165679 Senati - Anual

Cert.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha Nacimiento	Edad
1	Senati Senati	Titular	21/02/1987	32

Beneficiarios: Herederos Legales

Primas por Conformación (Medios de pago según consolidado de primas)

Plan	Conformación	Cantidad	Prima Comercial	Prima Comercial + IGV
SENATI - ANUAL	Titular	1	S/. 47.37	S/. 55.90

TCEA: Tasa de Costo Efectivo aplicable a la prima fraccionada: 0.00 %

Consolidado de Primas

Facturación : Toda La Vigencia

Prima Comercial		47.37
I.G.V.		8.53
Prima Comercial + IGV	S/.	55.90

Prima Comercial + IGV no incluye intereses de financiamiento

La prima comercial total incluye cargos:	**Montos S/**
De agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros ó	**7.36**
Por la contratación de promotores de seguros ó	**0.00**
Por la contratación de comercializadores	**0.00**

Las bonificaciones, premios u otros beneficios que pudieran otorgarse a los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, por la intermediación de la presente póliza de seguros, serán determinadas en base a las condiciones comerciales pactadas.

* Prima Neta : Prima Comercial sin Gastos de Emisión

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

N°	Tipo	Cuota de Prima Comercial (Incluye TCEA e IGV)	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Fecha de Vencimiento	Documento
1	LQ	55.90	01/03/2019	29/02/2020	03/04/2019	694091969

Puedes efectuar el pago:
- En ventanilla o a través de la web de los siguientes canales: BBVA Banco Continental, Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank y Cadenas Wong y Metro (www.bbvabancocontinental.com; www.viabcp.com; www.scotiabank.com.pe; www.interbank.com.pe);
- Afiliando tu cuenta bancaria o tu tarjeta de crédito al sistema de débito automático;
- O, pagando directamente en nuestras plataformas Rímac.

El cálculo del monto que reciban los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros se realizará sobre la prima neta.
En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO decida no hacer uso de los servicios de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.
Existen productos de seguros que solamente se comercializarán a través de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros.
TIPO DE CAMBIO REFERENCIAL: S/. 2.8 En caso que la prima comercial sea pactada en Dólares, se aplicará el tipo de cambio de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP vigente del día en que se realice el pago.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Continúa...

• En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:

(i) LA ASEGURADORA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
(ii) En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
(iii) Las comunicaciones cursadas por los CONTRATANTES, ASEGURADOS o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA ASEGURADORA.
(iv) Los pagos efectuados por los CONTRATANTES del Seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a LA ASEGURADORA.

• Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el CONTRATANTE/ASEGURADO que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si LA ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad del Contrato de Seguro.
• El CONTRATANTE y/o ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento.
• Instrucciones de Uso del correo electrónico: i) En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifica / anule su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000; y,
ii) Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.

Continúa...

Uso y tratamiento de Datos Personales

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la “Ley”) y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el “Reglamento”), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, RIMAC) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los “Datos Personales”), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web www.rimac.com.pe, sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales.

Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Av. Paseo de la República 3505 Piso 11 – San Isidro, Lima, estando además inscritos en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación “Clientes” con código RNPDP-PJP N° 1637.

Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

• La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la presente Póliza de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE o ASEGURADO en los términos estipulados por LA ASEGURADORA, en tanto el CONTRATANTE o ASEGURADO hubieran proporcionado información veraz.

• El CONTRATANTE/ASEGURADO suscribe las presentes Condiciones Particulares, en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, y de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

Lima, 4 de Marzo de 2019

RIMAC SEGUROS

CONTRATANTE / ASEGURADO

RIMAC

Seguros

8159395

** POLIZA NUEVA **

Póliza Ami Accidente Estudiante Nro E1-609681

Plan: 165679 Senati - Anual

Código SBS: AE0506320071

Trámite No: SI3856181-01

Operación: 8159395

Condiciones Particulares

Aseguradora	: **Rimac Seguros y Reaseguros**		
RUC	: 20100041953	Página web	: www.rimac.com.pe
Dirección	: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima	Teléfono	: 411-3000

Contratante	: SERVIC NAC DE ADIESTRAM EN TRABAJ INDUST		
RUC	: 20131376503	Teléfono	: 2089999
Dirección	: Av Alfredo Mendiola 3520		
Distrito	: Independencia / Lima / Lima	Correo Electrónico	:
Representante Legal	:		

Comercializador / Corredor

Nombre	: Marsh Rehder S.A. Corredores De Seguros	R.U.C.	: 20100126193
Dirección	: Casilla San Isidro	Teléfono	: 000000
Código Corredor	: J0045		

Vigencia del 01/03/2019 al 29/02/2020 de 12 a 12 Horas

Moneda: Nuevos Soles

Materia del Seguro

La ASEGURADORA se compromete a pagar a los proveedores de servicios en salud los gastos en los que incurra el ASEGURADO o a éste en caso de reembolso, a causa de una enfermedad o accidente que requiera asistencia médica, de acuerdo con el diagnóstico y las necesidades del tratamiento en los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Particulares y hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO, con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Adicionales y Endosos, que en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro. El Plan de Beneficios forma parte integrante del Condicionado Particular en calidad de Anexo.

EXCLUSIONES: No gozarán de cobertura en la presente Póliza, las siguientes exclusiones:
* Las Enfermedades Preexistentes
* Las causas, consecuencias y complicaciones como enfermedades, tratamientos y demás gastos según el detalle de las Condiciones Generales, Clausulas Adicionales o Endosos aplicables.

Relación de Asegurados

Plan : 165679 Senati - Anual

Cert.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha Nacimiento	Edad
1	Senati Senati	Titular	21/02/1987	32

Beneficiarios: Herederos Legales

Primas por Conformación (Medios de pago según consolidado de primas)

Plan	Conformación	Cantidad	Prima Comercial	Prima Comercial + IGV
SENATI - ANUAL	Titular	1	S/. 47.37	S/. 55.90

TCEA: Tasa de Costo Efectivo aplicable a la prima fraccionada: 0.00 %

Consolidado de Primas

Facturación : Toda La Vigencia

Prima Comercial		47.37
I.G.V.		8.53
Prima Comercial + IGV	S/.	55.90

Prima Comercial + IGV no incluye intereses de financiamiento

La prima comercial total incluye cargos:	**Montos S/**
De agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros ó	**7.36**
Por la contratación de promotores de seguros ó	**0.00**
Por la contratación de comercializadores	**0.00**

Las bonificaciones, premios u otros beneficios que pudieran otorgarse a los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, por la intermediación de la presente póliza de seguros, serán determinadas en base a las condiciones comerciales pactadas.

* Prima Neta : Prima Comercial sin Gastos de Emisión

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

N°	Tipo	Cuota de Prima Comercial (Incluye TCEA e IGV)	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Fecha de Vencimiento	Documento
1	LQ	55.90	01/03/2019	29/02/2020	03/04/2019	694091969

Puedes efectuar el pago:
- En ventanilla o a través de la web de los siguientes canales: BBVA Banco Continental, Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank y Cadenas Wong y Metro (www.bbvabancocontinental.com; www.viabcp.com; www.scotiabank.com.pe; www.interbank.com.pe);
- Afiliando tu cuenta bancaria o tu tarjeta de crédito al sistema de débito automático;
- O, pagando directamente en nuestras plataformas Rímac.

El cálculo del monto que reciban los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros se realizará sobre la prima neta.
En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO decida no hacer uso de los servicios de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.
Existen productos de seguros que solamente se comercializarán a través de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros.
TIPO DE CAMBIO REFERENCIAL: S/. 2.8 En caso que la prima comercial sea pactada en Dólares, se aplicará el tipo de cambio de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP vigente del día en que se realice el pago.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Continúa...

• En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:

(i) LA ASEGURADORA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
(ii) En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
(iii) Las comunicaciones cursadas por los CONTRATANTES, ASEGURADOS o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA ASEGURADORA.
(iv) Los pagos efectuados por los CONTRATANTES del Seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a LA ASEGURADORA.

• Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el CONTRATANTE/ASEGURADO que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si LA ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad del Contrato de Seguro.
• El CONTRATANTE y/o ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento.
• Instrucciones de Uso del correo electrónico: i) En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifica / anule su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000; y,
ii) Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.

Continúa...

Uso y tratamiento de Datos Personales

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la “Ley”) y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el “Reglamento”), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, RIMAC) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los “Datos Personales”), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web www.rimac.com.pe, sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales.

Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Av. Paseo de la República 3505 Piso 11 – San Isidro, Lima, estando además inscritos en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación “Clientes” con código RNPDP-PJP N° 1637.

Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

• La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la presente Póliza de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE o ASEGURADO en los términos estipulados por LA ASEGURADORA, en tanto el CONTRATANTE o ASEGURADO hubieran proporcionado información veraz.

• El CONTRATANTE/ASEGURADO suscribe las presentes Condiciones Particulares, en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, y de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

Lima, 4 de Marzo de 2019

RIMAC SEGUROS

CONTRATANTE / ASEGURADO