



Contrato de aseguramiento en salud para planes complementarios.

»» CONDICIONES GENERALES ««



Conste por el presente documento, que celebran de una parte: Health Care Global Red Salud IAFAS S.A.C, con RUC N° 20608105981, domicilio legal en Av. Jorge Chávez 263 Oficina 302, ficha N° 14701606, Asiento N° A00001 del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de Lima debidamente representado por su Representante Legal Martin Iván Vásquez Rojas, con DNI N° 16405620, según poder inscrito en la partida electrónica N° 14701606, Asiento N° A00001 del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de Lima, con registro en SUSALUD N° 20031, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS**; y de la otra parte **EL CONTRATANTE** quien consiga sus generales de ley en la Sección Primera de las **CONDICIONES PARTICULARES** que forma parte de este **CONTRATO**, quien actúa en representación de los asegurados, a quienes en adelante se le denominarán **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS**, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA. - OBJETO

En virtud del presente Contrato de Aseguramiento en Salud, en adelante **EL CONTRATO, LA IAFAS** otorga a **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** la cobertura complementaria de salud, conforme a los límites y condiciones señalados en las Cláusulas Particulares de **EL CONTRATO**.

Los planes complementarios y beneficios adicionales que se contratan son de naturaleza voluntaria, y se regirán conforme a las reglas establecidas en las presentes cláusulas generales y las particulares del presente Contrato, y demás disposiciones legales que les resulten aplicables.

Para efectos de las presentes Cláusulas Generales, entiéndase como **"AFILIADO/ASEGURADO" O "AFILIADOS/ASEGURADOS"** al Titular y a sus beneficiarios.

CLÁUSULA SEGUNDA. - CONTENIDO

EL CONTRATO que se suscribe consta de las siguientes partes integrantes:

- 1. Cláusulas Generales:** Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por SUSALUD que rigen los contratos de afiliación con una **IAFAS. LA IAFAS**, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.
- 2. Cláusulas Particulares:** Son aquellas cláusulas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de IPRESS, copagos, deducibles, aportes adicionales, y las obligaciones administrativas de las partes.

3. **Plan, Programa o Producto de Aseguramiento en Salud:** Documento que incluye las condiciones de cobertura y la lista de prestaciones de salud que son financiadas por **LA IAFAS**.
4. **Declaración de Salud:** Documento mediante el cual **EL CONTRATANTE** informa los antecedentes médicos relevantes del titular, dependientes o personas no dependientes, propuestos para afiliación, al momento de suscribir la solicitud de inscripción.
5. **Relación de LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS:** Documento que contiene la relación detallada de **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** al presente **CONTRATO**, el cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en este documento y en las normas que lo regulan.

CLÁUSULA TERCERA. - DEFINICIONES:

Para efectos de las Cláusulas Generales antes señaladas y, en lo que resulte aplicable, a las Cláusulas Particulares, se entiende por:

- a. **Afiliación:** Adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una **IAFAS**.
- b. **Asegurado o afiliado:** Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS. Se le asume obligatoriamente afiliado a cualquier plan de aseguramiento en salud. El afiliado puede ser titular o derechohabiente y debe reunir los requisitos de afiliación correspondientes.
- c. **Afiliación individual:** Modalidad de afiliación mediante la cual el afiliado formaliza su relación de aseguramiento con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta. En el caso de los dependientes o beneficiarios, la **IAFAS** respectiva debe registrarlos individualmente.
- d. **Afiliación colectiva o corporativa:** Modalidad de afiliación mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una **IAFAS**, en forma voluntaria, en calidad de contratante, en virtud de un **CONTRATO** suscrito con una **IAFAS**. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva debe registrarlos individualmente. La afiliación colectiva o corporativa puede ser obligatoria o voluntaria.
- e. **Afiliación electrónica:** La afiliación electrónica es una modalidad de afiliación pactada. En ella, la persona manifiesta su voluntad de afiliación mediante

mecanismos no presenciales, estableciéndose la relación de aseguramiento entre el asegurado y la **IAFAS** respectiva. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la **IAFAS** de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.

- f. Afiliación obligatoria:** Constituye afiliación obligatoria, aquella por la cual una persona natural adquiere la condición de afiliado, por el sólo hecho de cumplir una condición preestablecida, sin que se encuentre obligada a manifestar o ratificar su voluntad de acceder al plan de aseguramiento que le corresponde. Se encuentran dentro de esta categoría quienes acceden a un plan de salud por mandato legal o por el sólo hecho de su vinculación laboral o contractual con un empleador determinado, así como sus derechohabientes legales y dependientes, según el caso.
- g. AUS:** Aseguramiento Universal de Salud.
- h. Beneficio Máximo Anual:** Monto total anual cubierto bajo este PLAN DE SALUD con respecto a **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** y que se renueva anualmente cuando se haya consumido durante el período anual. Incluye inclusive aquellos gastos que cuenten con un Beneficio Particular Anual. La suma a la que asciende el Beneficio Máximo Anual por **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** se encuentra señalada en la TABLA DE BENEFICIOS del PLAN DE SALUD.
- i. Beneficio Particular Anual:** Monto máximo anual fijado para determinadas Prestaciones de Salud, según sea el caso, en cada PLAN DE SALUD. Queda aclarado que el Beneficio Particular Anual **no es una cobertura adicional** y, por lo tanto, los gastos que cuenten con este tipo de beneficio serán deducidos del Beneficio Máximo Anual. Los Beneficios Particulares Anuales se encuentran señalados en la TABLA DE BENEFICIOS del PLAN DE SALUD.
- j. Beneficiario:** Persona residente en el país que está bajo la cobertura de un plan de Aseguramiento Universal en Salud. Aceptación que se utiliza de manera indistinta para referirse a los afiliados o asegurados.
- k. Cláusulas abusivas:** De acuerdo a la definición establecida en el artículo 49 de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en los contratos por adhesión y en las cláusulas generales de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran cláusulas abusivas y, por tanto, inexigibles todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.

- l. Continuidad:** Reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo contrato con la misma **IAFAS** u otra distinta, con el mismo plan, programa o producto de salud o equivalente, con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del contrato anterior y se encuentre cubierto en el nuevo contrato.
- m. Contratante:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en salud con una **IAFAS** por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. **EL CONTRATANTE**, es el único responsable frente a la **IAFAS** por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los asegurados.
- n. Copago fijo:** Es el importe que el **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** debe asumir y pagar directamente cada vez que se le brindan las coberturas y beneficios estipulados en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES del Plan de salud. Una misma atención puede estar afecta a Copago Fijo y Copago Variable. El Copago fijo, dependiendo del PLAN DE SALUD, las circunstancias y el servicio requerido, puede ser cobrado antes, durante o al finalizar el servicio; según las políticas y/o lo definido por LA IPRESS respectiva.
- o. Copago variable:** Porcentaje del gasto que el **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** debe asumir y pagar directamente cada vez que se le brinden las coberturas y beneficios estipulados en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES del PLAN DE SALUD. Una misma atención puede estar afecta a Copago Fijo y Copago Variable. El Copago variable, dependiendo del PLAN DE SALUD, las circunstancias y el servicio requerido, puede ser cobrado antes, durante o al finalizar el servicio; según las políticas y/o lo definido por LA IPRESS respectiva.
- p. Derechohabiente:** Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su afiliación puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.
- q. Emergencia médica y/o quirúrgica:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

- r. **Enfermedad Congénita:** Es toda enfermedad adquirida durante el periodo embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye, pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo al CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud.
- s. **Exclusiones:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfligidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
- t. **IAFAS:** Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.
- u. **IPRESS:** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), son todos aquellos establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Salud, autorizados para brindar los servicios de salud correspondiente a su nivel de atención. Las IPRESS que forman parte de la Red Prestacional se encuentran detalladas en las CONDICIONES PARTICULARES del PLAN DE SALUD contratado.
- v. **Nota Técnica:** Documento que describe la metodología y las bases técnicas aplicadas para el cálculo actuarial de la prima pura de riesgo o aporte y la prima comercial, así como la justificación de sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.
- w. **PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- x. **Período de Carencia:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de 30 a 90 días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (3) meses contados desde el inicio de labores de un afiliado/asegurado regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un afiliado/asegurado potestativo, el período puede ser menor a tres (3) meses durante el cual el afiliado/asegurado y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en EL CONTRATO. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada afiliado/asegurado.

Las emergencias no presentan períodos de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento. Además, no se aplica el periodo de carencia en ninguna clase de emergencia.

En los regímenes contributivo y semicontributivo, para el caso de maternidad, es suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.

Por ningún motivo puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el Periodo de Carencia.

- y. Preexistencia:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el PEAS.

- z. Programa, Plan o producto de aseguramiento en salud:** Documento que instrumenta el contrato de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de cobertura y acceso que el asegurado obtiene frente a distintas prestaciones de salud.

- aa. Prima o aporte puro de riesgo:** Es el aporte económico que realiza el asegurado, la entidad empleadora, el Estado, a la **IAFAS** por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo de salud que ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.

- bb. Prima o aporte comercial:** Es la prima o aporte que aplica la **IAFAS** al riesgo de salud para determinar su cobertura. Está formada por la prima o aporte puro de riesgo más los gastos de administración, afiliación, liquidación, entre otros, y el beneficio comercial de la **IAFAS**.

- cc. Registro de Afiliados:** Registro administrativo de **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** vigentes en cualquiera de los regímenes de aseguramiento en salud, con prescindencia de su carácter contributivo, semicontributivo o subsidiado. Su administración está a cargo de SUSALUD.

- dd. Relación de aseguramiento en Salud:** Es el vínculo legal establecido entre **LA IAFAS**, asegurados y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.

- ee. Teleconsulta:** Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.
- ff. Urgencia:** Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

CLÁUSULA CUARTA. - COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES

LA IAFAS otorga cobertura a **EL AFILIADO/ ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS**, consistente en las prestaciones promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación comprendidas en el presente CONTRATO.

La cobertura contratada, comprende la atención de las dolencias preexistentes, siempre que se cumpla con los requisitos establecidos en literales a) al e) del último párrafo del artículo 100 del Reglamento de la Ley N° 29344, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

La cobertura máxima anual corresponde a la cobertura máxima por paciente, por enfermedad y por año. Monto que debe estar basado en un estudio actuarial, el cual permita la sostenibilidad del plan de salud.

En el caso de las IAFAS EPS, la cobertura detallada en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto, contempla los mismos beneficios para todos LOS AFILIADOS/ASEGURADOS regulares y potestativos registrados en el Plan. En tal sentido sus condiciones y acceso a las prestaciones correspondientes son iguales para todos; la cobertura y los costos del presente plan para los afiliados POTESTATIVOS son iguales a los asegurados regulares.

CLÁUSULA QUINTA. - PRESTACIONES DE RECUPERACION DE LA SALUD

La cobertura de salud que **LA IAFAS** otorga a favor de **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones asegurables e intervenciones y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en el PLAN DE SALUD que forma parte de las Condiciones Particulares del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA SEXTA. - PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, en las condiciones particulares debe establecerse prestaciones de prevención y promoción de la salud, las que tienen por objeto preservar en buen estado la salud de la población asegurada, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas actividades se definen de la siguiente manera:

- a) **Prevención Primaria:** Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones).

En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, es considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el Plan de Salud.

- b) **Promoción de la Salud:** Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).
- c) Otros servicios.

CLÁUSULA SÉPTIMA. - EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

En las condiciones particulares se señalan las exclusiones y limitaciones a que se encuentran sujetos **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** al plan de salud complementario que es materia del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA OCTAVA. - DE EL AFILIADO/ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ASEGURADOS DE LA COBERTURA CONTRATADA

LA IAFAS otorga la cobertura detallada en la Condiciones Particulares del presente **CONTRATO**, a **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, siempre que mantengan la condición de **AFILIADOS** al presente plan al momento de hacer uso de los servicios de salud cubiertos por el mismo.

CLÁUSULA NOVENA. - INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

Salvo pacto en contrario, **EL AFILIADO/ASEGURADO** o los **AFILIADOS/ASEGURADOS** gozan de la cobertura contratada, a partir del día siguiente a la suscripción del **CONTRATO**, previo pago de la primera cuota, con excepción de los Períodos de Carencia que se establezcan en las Condiciones Particulares, en el caso de haberlo pactado.

CLÁUSULA DÉCIMA. - LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones de salud, promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación de salud cubiertas por el presente **CONTRATO**, se otorgan en las IPRESS indicadas en las Condiciones Particulares del presente **CONTRATO**, en el cual consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante SUSALUD.

LA IAFAS informa por escrito o vía correo electrónico u otro medio electrónico a **EL AFILIADO/ ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, dentro de un plazo no mayor a dos (02) días hábiles, cualquier interrupción o cese del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Aseguramiento en Salud complementario, debiendo comunicar tal hecho a SUSALUD con el correspondiente sustento técnico. Para tal efecto, se entiende cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA. - REFERENCIAS

LA IPRESS que forma parte de la red de atención de salud de **LA IAFAS**, se obliga a atender a **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** que requieran sus servicios.

Si el diagnóstico efectuado determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el Plan de Aseguramiento en Salud Complementario contenido en las Condiciones Particulares, coordina la referencia del paciente, previa autorización de éste y de **LA IAFAS**, a la IPRESS que corresponda de acuerdo con su plan de cobertura complementaria. La responsabilidad de **LA IAFAS** culmina cuando el paciente sea admitido por la IPRESS de referencia.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA. - APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura complementaria, **EL AFILIADO/ASEGURADO o AFILIADOS/ASEGURADOS** pagan a **LA IAFAS** los aportes indicados en las Condiciones Particulares, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos correspondientes.

La falta de pago oportuno de los aportes pactados o de cualquier otra suma que **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** adeuden a **LA IAFAS**, origina la suspensión automática de la cobertura otorgada en **EL CONTRATO**, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento de pago.

LA IAFAS comunica a **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, mediante comunicación escrita o vía correo electrónico o cualquier medio electrónico, respecto del incumplimiento del pago del aporte y sus consecuencias, indicando el plazo que dispone para que regularice el pago de los aportes correspondientes.

En tal caso, **LA IAFAS**, salvo pacto en contrario incluido en las Cláusulas Particulares, tiene derecho a exigir a **EL AFILIADO/ ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** el reembolso de los costos de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

Si **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** que han incurrido en mora cumplen con ponerse al día en los aportes adeudados, recobran el derecho a gozar de los beneficios de **EL CONTRATO** a partir del día hábil siguiente de efectuado el pago, pero sin efecto retroactivo, por lo que en ningún caso responde **LA IAFAS** por contingencias ocurridas, iniciadas o como consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que **EL AFILIADO/ ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** se encontraban en mora en el pago de los aportes, aun cuando la contingencia se prolongue al período en que se rehabilite la cobertura.

EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS no recobran el derecho si **LA IAFAS** hubiere optado por la resolución del contrato por cualquiera de las causales previstas en la Cláusula Vigésima del presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA. - COPAGOS

Las prestaciones materia del presente **CONTRATO** pueden estar sujetas a copagos a cargo de **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, los que se indican en las Cláusulas Particulares del Presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA. - REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

En las Cláusulas Particulares, se especifican detalladamente los plazos de vigencia de los copagos y de los aportes a cargo del **AFILIADO/ ASEGURADO**, así como las condiciones, causales y procedimiento para proceder a su reajuste.

LA IAFAS únicamente puede reajustar el monto de los aportes y/o copagos pactados por las causales que detalladamente constan en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto a **EL CONTRATO**, siempre que se cumpla con las normas establecidas por SUSALUD.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, **LA IAFAS** debe cursar a **EL AFILIADO/ ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS**, con una anticipación no menor a cuarenta y cinco (45 días) calendario previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, una comunicación escrita, con conocimiento de **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, manifestando la intención de reajustar tales montos.

Los reajustes que no son observados por las partes entran en vigencia a partir del primer día del mes siguiente.

Si los **AFILIADOS/ASEGURADOS** están de acuerdo con la modificación, la **ENTIDAD EMPLEADORA o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** deben comunicar tal decisión a la **IAFAS EPS O IAFAS según corresponda**, dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada de los aportes y/o copagos deben constar en una acta.

Si **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** o la **ENTIDAD EMPLEADORA** no están de acuerdo con la modificación o no responden a la **IAFAS O IAFAS EPS**, según corresponda, dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación, **EL CONTRATO** se mantiene vigente hasta su fecha de vencimiento.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, dentro de los plazos acordados entre las partes, **LA IAFAS** debe haber cumplido con presentar al **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS**, los reportes de la siniestralidad, conteniendo la información mínima establecida normativamente por SUSALUD, debidamente sustentada y analizada; en el caso de aplicación del índice de inflación médica, el índice debe ser obtenido de la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática; además **LA IAFAS** debe señalar las medidas orientadas a la racionalización del gasto de prestaciones de salud.

En el caso de la **IAFAS EPS**, la evaluación de la siniestralidad se realiza sumando el gasto de prestaciones de salud de los asegurados regulares (o dependientes) y sus derechohabientes, más el gasto de prestaciones de salud de los asegurados potestativos (o independientes) y sus derechohabientes, considerándolos como una sola cartera, siendo de aplicación para los planes PEAS. De forma similar se calcula la siniestralidad de los planes complementarios sumando la cartera de afiliados regulares más afiliados potestativos, considerándolos como una sola cartera. En este sentido, los costos de ambos planes (PEAS y complementario) de las IAFAS EPS deben tener los mismos costos para todos sus asegurados (regulares y potestativos)

Las partes pueden acordar la entrega de los reportes previstos en la presente cláusula en plazos menores con la finalidad de evaluar el comportamiento de la siniestralidad en forma anticipada al plazo fijado para su revisión.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA. - INFORMACIÓN

EL AFILIADO/ASEGURADO proporciona a **LA IAFAS**, en la forma y en los plazos que se establece en las Cláusulas Particulares del presente Contrato, la información señalada en las mismas. **EL AFILIADO/ASEGURADO** debe informar a **LA IAFAS** sobre la inclusión o la exclusión de **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** al plan, dentro de los cinco (05) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia.

LA IAFAS debe poner a disposición de **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, dentro de los quince (15) días calendario, ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, copia del Plan de Aseguramiento en Salud ofertado, y de las Cláusulas Generales y Cláusulas Particulares del contrato, a fin de que **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** tomen conocimiento de los mismos y estén debidamente informados.

LA IAFAS tiene la obligación de informar a **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, a la suscripción de **EL CONTRATO**, vía correo electrónico u otro medio electrónico, u otro medio que disponga, de los derechos

que como asegurado le asiste conforme al artículo 13 del Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado con Decreto Supremo N°027-2015-SA, así como detallar los principales aspectos de las presentes Cláusulas Generales y de las Cláusulas Particulares, con el detalle de las coberturas y términos de atención para las intervenciones correspondientes al PEAS, y de las coberturas complementarias, de ser el caso.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA. - EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

De requerirse a **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** una declaración jurada de salud o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente contrato o durante su vigencia, **EL ASEGURADO** o **LOS ASEGURADOS** no podrán ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tales exámenes o declaraciones.

LA IAFAS que solicita la realización de examen médico, asumirá el costo del mismo.

LA IAFAS se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tales exámenes médicos o declaraciones juradas de salud, de conformidad con la normativa vigente.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA. - PLAZO CONTRACTUAL

Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente **CONTRATO** rige a partir del día siguiente de su suscripción. El presente contrato tiene una vigencia de un (1) año y a su vencimiento queda automáticamente renovado por igual plazo, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso remitido vía correo electrónico u otro medio, cursado a la otra parte con sesenta (60) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, debe remitir la propuesta de detalle de la modificación con el sustento correspondiente, a fin de que los afiliados tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta. Asimismo, deberá anexar las recomendaciones correspondientes para la contención del gasto.

EL ASEGURADO o **LOS ASEGURADOS** adquieren la calidad de tal desde la fecha en que se suscribe el contrato y se incorporan al plan de salud, y mantienen todos sus derechos en tanto el **CONTRATO** esté vigente por renovación inmediata.

LA IAFAS no puede negar la renovación del **CONTRATO** ante la aparición de alguna enfermedad sobreviniente contraída por **EL ASEGURADO** o **LOS ASEGURADOS** durante el período de vigencia.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA. - DOMICILIO

Las partes señalan como domicilio el que se indica en la introducción del presente **CONTRATO** y el **correo electrónico u otro medio de comunicación electrónica** a donde se dirigen válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este **CONTRATO**, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio por escrito y con cargo de recepción.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre LA ENTIDAD EMPLEADORA y la IAFAS - EPS, así como las que se susciten entre la IAFAS – EPS u otras **IAFAS** y **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, derivadas del presente contrato, incluidas las de su nulidad o invalidez, son resueltas a través de los mecanismos de solución de controversias del Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de la Superintendencia Nacional de Salud o en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados por estos.

Si las partes optan por un procedimiento de conciliación en el cual se arribe sólo a un acuerdo parcial o no se llegue a ningún acuerdo, entonces éstas resuelven la controversia subsistente de forma definitiva, a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con lo establecido en el párrafo anterior.

En caso de que las partes hayan acordado el sometimiento a arbitraje y no alcancen un acuerdo sobre el centro competente, se entiende como centro competente al CECONAR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA. - RESOLUCIÓN DE CONTRATO

Son causales de resolución del presente contrato las siguientes:

1. El mutuo acuerdo de las partes.
2. El fallecimiento de **EL AFILIADO/ASEGURADO**.
3. El incumplimiento en el pago oportuno de los aportes, salvo pacto en contrario incluido en las Cláusulas Particulares. Para tal efecto, **LA IAFAS** envía una carta de requerimiento de pago, indicando el importe adeudado, el cual debe ser pagado en un plazo máximo de 15 días, contado desde la notificación de dicho documento, bajo apercibimiento de resolver el **CONTRATO**. Si el pago no se cumple en el plazo señalado, el **CONTRATO** queda automáticamente resuelto. En las cláusulas adicionales se pueden establecer como causales de resolución otros plazos de vencimiento de pago de aportes insolutos.

4. Sin perjuicio de lo mencionado en el numeral anterior, por el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones de una de las partes contenidas en las Cláusulas Generales o Particulares. Para tal efecto, la parte que se perjudica con el incumplimiento requiere notarialmente a la otra para que satisfaga su prestación en el plazo de treinta (30) días calendario, bajo pena de resolución del **CONTRATO**. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el **CONTRATO** queda automáticamente resuelto.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA. - MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

EL CONTRATO puede suscribirse de manera presencial o a través del proceso de afiliación electrónica. Esta última modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la IAFAS EPS de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA.- CLÁUSULA DE GARANTÍA CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

LA IAFAS se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de sus **ASEGURADOS**, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, en un anterior plan de salud, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 100 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

En el caso de la IAFAS EPS, se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los trabajadores y sus derechohabientes, en términos y condiciones equivalentes, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior plan de salud de una EPS, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad de cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud y Reglamento.



Contrato de aseguramiento en salud para planes complementarios

» CONDICIONES PARTICULARES « Y ANEXOS

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios de salud, de manera complementaria a la cobertura obligatoria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), conforme a los límites y condiciones del **PLAN DE SALUD** optado por **EL CONTRATANTE** en la Solicitud de Afiliación, por la cual **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** tienen derecho a la cobertura complementaria descrita a continuación, según el detalle de las Condiciones Particulares especificadas y en sus Anexos que son parte integrante del presente **CONTRATO**.



PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO: VIDA SEGURA

SECCIÓN SEXTA:

DETALLES DEL PLAN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD COMPLEMENTARIO

Las Prestaciones de Salud cubiertas por el PLAN DE SALUD contratado, así como la RED PRESTACIONAL, la Cobertura Máxima Anual, las Coberturas Particulares (de ser el caso), los Copagos Variables y Copagos Fijos son los señalados en la siguiente **TABLA DE BENEFICIOS**:

PLAN DE SALUD: VIDA SEGURA			
1.- PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD			
Comprende un conjunto de condiciones e intervenciones complementarias al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) ¹ . Se encuentran sujetas a condiciones, limitaciones y exclusiones estipuladas libremente por las partes y en el caso de los afiliados a las IAFAS EPS su cobertura no implica la pérdida del derecho del trabajador a atenderse en ESSALUD.			
2.- COBERTURAS DE SALUD			
PLAN COMPLEMENTARIO:			S/ 40,000.00
COBERTURA MÁXIMA ANUAL: Valor máximo de prestaciones a otorgar al AFILIADO/ASEGURADO por cada año.			
3.- DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS			
3.1.- PLAN COMPLEMENTARIO			
Son planes que complementan al PEAS y son definidos como aquellos que otorgan prestaciones no comprendidos en éste. En caso el presente Plan Complementario incluya algunas condiciones asegurables al PEAS, ésta debe ser brindada bajo las mismas condiciones del PEAS.			
El Plan de Beneficios que contiene el Plan Complementario, puede consistir en:			
A.- PLAN COMPLEMENTARIO TOTAL			
Comprende la atención integral de contingencias no incluidas en el PEAS que permiten dar continuidad y oportunidad a las prestaciones de salud. Se encuentra sujeta a las condiciones, limitaciones y exclusiones estipuladas por las partes y descritas en los numerales 4, 6 y 8 del presente Anexo de las Condiciones Particulares.			
4.- PRESTACIONES A SER OTORGADAS			
4.1 ATENCIÓN AMBULATORIA		Copago fijo	Cubierto al
4.1.1. Teleconsultas en Especialidades Básicas:			
En las especialidades de Medicina General, Ginecología y Pediatría.			
Red Teleconsultas	C.M. Suma Salud	S/ 0.00	-
4.1.2. Medicamentos			
<ul style="list-style-type: none"> Derivados de la Teleconsulta en Especialidades básicas. Los medicamentos cubiertos son en presentación genérica. 			
Red de Farmacias	Boticas Perú Inkafarma Mifarma	-	100%

¹ Son estructurados respetando las condiciones del PEAS

4.1 ATENCIÓN AMBULATORIA				Copago fijo	Cubierto al
4.1.3 Consulta Ambulatoria en Medicina General:				S/ 12.00	-
4.1.4 Consulta Ambulatoria en especialidades:				S/ 20.00	-
En las especialidades de Ginecología, Urología, Pediatría, Gastroenterología y Otorrinolaringología.					
Red Ambulatoria	Cl. Santa Teresa	C.M. Arimed	Policlínico Asifa	C.M. Amistad	
	Cl. Tu salud	Cl. Oquendo	Hampi Wasi	Cl. Porvenir	
	Cl. Isabel	Cl. San Juan	Cl. Esmedic	Cl. Vida	
	Policlínico Jireh	C.M. Asteclab	Cl. Los Cocos	C.M. Medicis	
	Cl. El Nazareno	Cl. Tataje	Cl. Gonzales	Cl. Ana Stahl	
	Cl. Providencia	Cl. Aviva	Cl. San Gabriel	Servimedica	
	Cl. Líder Medica	Cl. Tresa	Cl. llave		
	Policlínico Meddix	Policlínico Bienvital	Cl. Las Américas	C.M. Tambopata	
	Hospital Privado San Benito	Policlínico Peruano Italiano	Cl. San Gabriel de Huánuco	Cl. Santa María de Chimbote	
	Hospital Megasalud	Cl. Médica Primavera	Policlínico Niño de La Espina	C.M. Divino Niño Mollendo	
	Policlínico Santa Ana	Cl. y Botica San Juan	Cl. Carita Feliz - Consultorios	Medicentro Barranca	
	Cl. San Pedro - Huacho	Cl. Privada San Andrés	Policlínico Juan Pablo	Cl. Antonio Raimondi	
	C.M. Galeno Medical	Policlínico Estabridis	Cl. Maria Del Socorro	Cl. Cayetano Heredia	
	Cl. La Merced - San Pablo Trujillo	Policlínico Americana Medic	Policlínico Santa María Magdalena	Policlínico El Pacifico Camaná	
	CREO Clínica Renal y Oncológica	Cl. Sánchez Ferrer Sanna Trujillo	Policlínico Sauces Medical Center	Medicentro Tourist's Health	
	C.M. Neill M. Roman Robles	C.M. Belén-El Alto	Policlínico San Marcos	Cl. Señor de Luren de Ica	
Cl. Médica Santa Emilia	Cl. San Pablo - Surco	Cl. San Pablo - Arequipa	Cl. San Pablo - Huaraz		
Cl. Jesús del Norte	Cl. San Juan Bautista	Cl. Santa Martha del Sur	Cl. Carita Feliz - Sede principal		
4.1.5. Medicamentos				Copago fijo	Cubierto al
<ul style="list-style-type: none"> Derivados de la Consulta ambulatoria en Medicina General y especialidades de Ginecología, Urología, Pediatría, Gastroenterología y Otorrinolaringología. Los medicamentos cubiertos son en presentación genérica. 					
Red Ambulatoria				-	80%
Red de Farmacias	Boticas Perú	Inkafarma	Mifarma	-	100%

4.2 ATENCIÓN HOSPITALARIA				Copago fijo	Cubierto al
4.2.1 Hospitalización por Emergencia Accidental:					
Beneficio particular anual por Atención Hospitalaria a consecuencia de emergencias accidentales: S/6,000.00					
1 evento al año.				1 día de habitación	80%

Red Hospitalaria	Cl. Isabel	Cl. Oquendo	Cl. San Juan	Cl. Ana Stahl
	Cl. Tresa	Cl. llave	Cl. Los Cocos	Cl. El Nazareno
	Cl. Providencia	Cl. Aviva	Cl. San Gabriel	Servimedic
	Cl. Sánchez Ferrer Sanna Trujillo	Cl. La Merced - San Pablo Trujillo	Hospital Privado San Benito	C.M. Neill M. Roman Robles
	Cl. y Botica San Juan	Cl. Antonio Raimondi	Cl. Maria Del Socorro	Cl. Cayetano Heredia
	Hospital Megasalud	Cl. Médica Primavera	Cl. San Gabriel de Huánuco	Cl. Santa María de Chimbote
	Policlínico San Marcos	Cl. Señor de Luren de Ica	Cl. Médica Santa Emilia	Cl. San Pedro - Huacho
	Cl. San Pablo - Surco	Cl. San Pablo - Arequipa	Cl. San Pablo - Huaraz	Cl. Santa Martha del Sur
Cl. Jesús del Norte	Cl. San Juan Bautista	Cl. Carita Feliz - Sede principal	Cl. Gonzales	
Honorarios Médicos, medicamentos, laboratorio, imágenes y procedimientos:				
<ul style="list-style-type: none"> - La Atención Hospitalaria incluye: Honorarios médicos, medicamentos genéricos, laboratorio, imágenes y procedimientos. - Los medicamentos cubiertos son en presentación genérica. - Las imágenes cubiertas son Rayos X convencional, Ecografía convencional, Tomografía y Resonancia. 				

4.3 ATENCIÓN DE EMERGENCIAS		Copago fijo	Cubierto al	
4.3.1 Emergencias Accidentales: Beneficio particular anual por atención de emergencias accidentales: S/5,000.00 Se entiende como emergencia toda condición repentina e inesperada que requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes en el asegurado. Atención dentro del Tópico de Emergencia.		-	100%	
Red de Emergencia	Cl. Isabel	Cl. Oquendo	Cl. San Juan	Cl. Ana Stahl
	Cl. Tresa	Cl. llave	Cl. Los Cocos	Cl. El Nazareno
	Cl. Providencia	Cl. Aviva	Cl. San Gabriel	Servimedic
	Hospital Privado San Benito	Cl. La Merced - San Pablo Trujillo	Cl. Sánchez Ferrer Sanna Trujillo	C.M. Neill M. Roman Robles
	Hospital Megasalud	Cl. Médica Primavera	Cl. San Gabriel de Huánuco	Cl. Santa María de Chimbote
	Cl. y Botica San Juan	Cl. Antonio Raimondi	Cl. Maria Del Socorro	Cl. Cayetano Heredia
	Policlínico San Marcos	Cl. Señor de Luren de Ica	Cl. Médica Santa Emilia	Cl. San Pedro - Huacho
	Cl. San Pablo - Surco	Cl. San Pablo - Arequipa	Cl. San Pablo - Huaraz	Cl. Santa Martha del Sur
Cl. Jesús del Norte	Cl. San Juan Bautista	Policlínico Bienvital	C.M. Galeno Medical	
Cl. Carita Feliz - Sede principal	Cl. Gonzales			

Consulta, medicamentos, laboratorio, imágenes y procedimientos:

- La atención de emergencias incluye: Consulta, medicamentos, laboratorio, imágenes y Procedimientos.
- Los medicamentos cubiertos son en presentación genérica.
- Las imágenes cubiertas son Rayos X convencional, Ecografía convencional, Tomografía y Resonancia.

4.3 ATENCIÓN DE EMERGENCIAS				Copago fijo	Cubierto al
4.3.2. Traslado por emergencias accidentales:					
Máximo 4 eventos al año.					
Red de ambulancia	Expertta (Lima)	Helpmed (Lima)	Alerta del Sur (Arequipa)	-	50%
	Cl. Carita Feliz (Piura)	Semid (Piura)			
<ul style="list-style-type: none"> - Aplican límites geográficos de acuerdo al proveedor. - Las ambulancias cubiertas son sólo de Tipo I y Tipo II. - No aplica traslado por diagnóstico Covid-19. 					

4.4 ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONAL		Copago fijo	Cubierto al
Los AFILIADOS/ASEGURADOS tienen derecho a una (01) evaluación médica preventiva que incluye la evaluación y control de riesgos según edad y sexo y el siguiente detalle:			
Teleconsulta Preventiva: Sólo la teleconsulta y únicamente en la especialidad de Medicina General.			
Red Preventivo Promocional	C.M. Suma Salud	S/ 0.00	-

4.5 MÉDICO A DOMICILIO			Copago fijo	Cubierto al	
Únicamente en la especialidad de Medicina General.					
Máximo 1 evento al mes.					
Red Médico a Domicilio	Expertta (Lima)	Helpmed (Lima)	Alerta del Sur (Arequipa)	S/ 30.00	-
	Policlinico Jireh (Ancash)	Semid Perú (Piura)			
<ul style="list-style-type: none"> - Aplican límites geográficos de acuerdo al proveedor. - No se cubren medicamentos ni exámenes de apoyo al diagnóstico. 					

4.6 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA (OMT)		Copago fijo	Cubierto al
Únicamente en las especialidades de Medicina General y Pediatría.			
Red Teleconsultas	C.M. Suma Salud	S/ 0.00	-
No se brindan diagnósticos ni tratamientos por este servicio.			

4.7 RESPALDO ECONÓMICO POR SEPELIO		Copago fijo	Cubierto al
Por fallecimiento natural o accidental del afiliado: S/7,000	Por desembolso, previa evaluación de LA IAFAS	S/ 0.00	100%

Por traslado del cuerpo del afiliado: Movilización del cuerpo dentro del territorio nacional. S/1,000	Por desembolso, previa evaluación de LA IAFAS	S/ 0.00	100%
Por Gastos de sepelio del afiliado: Gastos por servicios funerarios y/o gastos de sepultura, nicho o cremación. Hasta S/8,000	Por reembolso, previa evaluación de LA IAFAS	S/ 0.00	100%
<ul style="list-style-type: none"> - Desembolso: Se considera desembolso al monto otorgado por la IAFAS, al momento del fallecimiento del AFILIADO. - Reembolso: Se considera reembolso al monto otorgado por la IAFAS, teniendo como sustento los comprobantes de pago que acrediten el gasto efectuado. 			

4.8 REEMBOLSO		Copago fijo	Cubierto al
Consulta Ambulatoria en Medicina General: Hasta S/40 por atención. Máximo 4 eventos al año.	Vía reembolso, previa evaluación de LA IAFAS	S/ 0.00	100%
Consulta Ambulatoria en especialidades: En las especialidades de Ginecología, Urología, Pediatría, Gastroenterología y Otorrinolaringología. Hasta S/40 por atención. Máximo 4 eventos al año.	Vía reembolso, previa evaluación de LA IAFAS	S/ 0.00	100%
Medicamentos genéricos: Derivados de la Teleconsulta o Consulta ambulatoria en medicina General, Ginecología, Urología, Pediatría, Gastroenterología y Otorrinolaringología: Hasta S/40 por receta médica. Máximo 4 eventos al año	Vía reembolso, previa evaluación de LA IAFAS	S/ 0.00	100%

5.- BENEFICIOS ADICIONALES

Son servicios distintos a los comprendidos en el PEAS, Plan Complementario o Plan Específico, y están sujetos a los límites, prestaciones y condiciones estipulados libremente por las partes. Se financian necesariamente mediante retribuciones adicionales.

El presente PLAN DE SALUD no cuenta con beneficios adicionales.

6.- CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Se encuentran excluidas de la cobertura del PLAN DE SALUD las condiciones, causas, complicaciones, gastos derivados y/o relacionados y/o que se originen como consecuencia de:

1. Preexistencias, entendidas como aquellas así definidas en la Cláusula Tercera de las Condiciones Generales.
2. Todas las Prestaciones de Salud efectuadas sin seguir el procedimiento expresamente establecidas en el Anexo "Condiciones y Procedimiento para la Atención Médica" de las Condiciones Particulares.

3. Todas las atenciones, medicamentos, exámenes, procedimientos, pruebas y/u otros servicios relacionados que no estén disponibles en la Red Prestacional que corresponda al Plan de salud contratado, ni sus consecuencias, o que excediesen lo dispuesto en dicho Plan de salud.
4. Todas las atenciones, medicamentos, exámenes, procedimientos, pruebas y/u otros servicios relacionados procedentes de un acto médico fuera de la Red Prestacional, ni sus consecuencias.
5. Las Prestaciones de Salud generadas por causa o consecuencia del incumplimiento de las indicaciones médicas o por automedicación.
6. Exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento sin orden médica que lo sustente o prescritos por médicos que no pertenezcan al staff de la de la Red Prestacional.
7. Cuidado de los pies en general relacionados con pies planos, arcos débiles y pies débiles, callos, juanetes (hallux valgus)
8. Las siguientes enfermedades, síntomas, molestias, exámenes, tratamientos procedimientos y/o secuelas:
 - a) Cáncer.
 - b) Enfermedades, malformaciones, defectos y/o diagnósticos congénitos, de tipo genético hereditario y/o físicos adquiridos al nacer y gastos derivados de causas relacionadas (de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-10)
 - c) Infección por Virus de Inmunodeficiencia humana VIH, SIDA y síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS) en cualquiera de sus formas y/o complicaciones; así como sus consecuencias.
 - d) Esclerosis Múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrófica.
 - e) Síndromes demenciales y demencias vasculares, secundarias y degenerativas como Alzheimer, Parkinson entre otras.
 - f) Enfermedad de Parkinson.
 - g) Enfermedades autoinmunes.
9. Medicamentos de Terapia Biológica, Anticuerpos Monoclonales, otros para tratamiento o no del Cáncer u otros similares para cualquier indicación médica.
10. Hemodinamia.
11. Tratamientos o implantes con el método de células madre. Sustitutos de líquido sinovial o servicios relacionados.
12. Procedimientos de Criopreservación o Criogénéticos.
13. Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para lesiones vasculares superficiales de extremidades (telangiectasias, hemangiomas); escleroterapia de várices.
14. Pruebas diagnósticas no certificadas, tratamientos o procedimientos de desensibilización para alergias, incluido el prick test y rast test.
15. Gastos por concepto de compra sangre total, plasma, hemoderivados, fracción o parte de sus componentes para transfusiones, así como los equipos que se utilicen, derecho de transfusión y las pruebas de compatibilidad. No se cubre albúmina humana ni plasma rico en plaquetas.
16. Trasplante de órganos o tejidos, ni gastos relacionados al trasplante de los mismos, incluido el análisis para calificación de donantes.
17. Hemodiálisis, sea aguda y/o crónica.
18. Cámara Hiperbárica para cualquier tipo de tratamiento.
19. Cualquier procedimiento y/o cirugía mínimamente invasiva para columna: nucleoplastia, radiofrecuencia, discectomía laser, rizotomía o nerolisis facetarias, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna. Aguja seca.
20. Medicina alternativa y/o complementaria. Tratamientos farmacológicos y/o quirúrgicos de alopecia.
21. Todo procedimiento, cirugía o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente, tales como los de naturaleza cosmética, estética, suntuaria o para fines de embellecimiento, reconstructivo o reparador, incluyendo, pero no limitándose, a:
 - a) Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras).
 - b) Cirugías plásticas y/o estéticas.
 - c) Tratamientos o procedimientos dermatológicos invasivos, mínimamente invasivos o no invasivos con fines estéticos (melasma, alopecia, verrugas, várices, entre otros).
 - d) Mamoplastía, Ginecomastía, Gigantomastia, Mastopexia.

- e) Tratamiento o cirugías para aumento o disminución de peso. Tratamientos, estudios o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Cirugía por diástasis de los músculos rectos abdominales.
 - f) Métodos liporeductores tales como liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa.
 - g) Retiro de tatuajes, piercing o similares.
22. Estudios, tratamientos y cirugías para infertilidad, inseminación artificial, tratamientos hormonales. Tratamiento de disfunción eréctil incluyendo prótesis. Cambio de sexo. Tratamiento de trastornos de la libido.
 23. Estudios de PET Scan. Microresonancia magnética. Otras imágenes que no formen parte del plan de salud como: radiografías, ecografías, tomografías, resonancias magnéticas entre otros.
 24. Enfermedades y/o complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.
 25. Tratamiento de enfermedades, lesiones o traumatismos, producto del consumo y/o adicción a drogas ilícitas, psicofármacos, estupefacientes, bebidas alcohólicas, así como a los accidentes producidos bajo el efecto de los mismos. Se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad si el examen de alcoholemia u otro que corresponda arroja un resultado mayor al permitido por el Reglamento Nacional de Tránsito vigente, al momento del accidente. Igualmente, se considera que existe intoxicación cuando el examen correspondiente arroje consumo de drogas ilícitas, psicofármacos o estupefacientes.
 26. Tratamiento de enfermedades, lesiones, traumatismos, complicaciones o consecuencias, derivados de la participación en actos de guerra, revoluciones, energía atómica o durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza; así como las que resulten de la participación en alteraciones del orden público, vandalismo, huelgas, terrorismo, actos delictivos o criminales.
 27. Tratamiento de enfermedades, lesiones, traumatismos, secuelas o complicaciones producidos por efectos de terremotos, desastres naturales, pandemias, endemias y/o epidemias declaradas por las autoridades de salud del gobierno. Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena.
 28. Tratamiento de enfermedades, lesiones o traumatismos, autogenerados voluntariamente o como consecuencia de un comportamiento alterado tales como: riñas, intentos de suicidio, intento de homicidio, actos delictivos o criminales, salvo que se demuestre su no participación o el haber sido víctima o actuado en legítima defensa; sustentado con el parte policial correspondiente.
 29. Enfermedades, lesiones, secuelas, complicaciones y accidentes a consecuencia de actividades o deportes peligrosos, realizados de manera profesional y no profesional, sin que la enumeración sea restrictiva, tales como: carreras de automovilismo, motos terrestres, acuáticas y similares, ala delta, parapente, vuelo libre, paracaidismo y similares, escalamiento de montaña, carrera de caballos, rodeo, buceo profesional, lidia de toros, cacería mayor, puenting, surfing, artes marciales, boxeo, karate, lucha libre y otras de similar peligrosidad. Tampoco los originados durante el uso, sea como conductor o pasajero, de motocicletas, motonetas, mototaxis o cuatrimotos.
 30. Tratamiento de enfermedades, lesiones, traumatismos, secuelas y complicaciones sufridos en viajes aéreos, sea como piloto o tripulante o como pasajero, en aeronaves no pertenecientes a líneas regulares con vuelos e itinerarios establecidos o cuando las naves no estén registradas ni autorizadas para el transporte de pasajeros.
 31. Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear y por radiación.
 32. Pruebas auxiliares y/o tratamientos de los defectos de la refracción visual (excimer laser o Lasik y otros procedimientos para estudio y corrección). Suministro de lentes, monturas, lentes de contacto e intraoculares multifocales.
 33. Tratamiento odontológico, endodoncia, ortodoncia u otros procedimientos odontológicos. Cirugía odontológica, prognatismo, cirugía de encías, quistes dentales, odontología cosmética incluyendo implantes dentales y todo lo relacionado a ellos, cirugía bucal (apicectomía y

similares)

34. Estudios y tratamiento por problemas de la mandíbula incluyendo el SÍNDROME témporo-mandibular, cráneo mandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación. (ATM – articulación temporomandibular)
35. Tratamiento de una emergencia accidental odontológica: (i) Ferulización con alambre y resina cuando el diagnóstico incluya fractura radicular; (ii) Reducción de fractura de maxilares. Gastos de sala de operaciones y materiales para la osteosíntesis (mini placas, tornillos y malla de titanio u otros similares); (iii) Reposición de implantes dentales perdidos por causa de un accidente; (iv) exámenes auxiliares, tomografías, radiografías panorámicas.
36. Prótesis y aparatos ortopédicos, bragueros, muletas, sillas de ruedas, camas especiales, collarín, cabestrillos, plantillas, zapatos ortopédicos y otros equipos ortésicos y similares.
37. Prótesis externas, tales como aparatos auditivos, apéndice auricular, globo ocular y extremidades.
38. Prótesis quirúrgicas. Implantes de cirugía ortopédica.
39. Equipos e insumos diversos, materiales quirúrgicos en cirugías menores y mayores y equipos: Artroscopios, microscopios, Arco en C, Facoeulsificador y otros.
40. Equipos mecánicos o electrónicos de uso extra hospitalario y con fines diagnósticos o terapéuticos comprendidos en las clases II o III de la clasificación de dispositivos médicos de la FDA. Compra o alquiler de equipos médicos tales como: termómetro, tensiómetro, glucómetro, bombas de infusión, bombas de insulina, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, equipos ambulatorios para rehabilitación. No se cubren tiras reactivas y lancetas para glucometría.
41. Dispositivos o implantes médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno, comprendidos en las clases II o III de la FDA, tales como: implante coclear, neuro estimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, dispositivos intervertebrales o interespinosos (coflex, coflex-f, diam, DCI y similares), marcapaso cardíaco.
42. Válvulas cardíacas, injertos arteriales sintéticos y naturales.
43. Atenciones con otras fuentes de financiamiento tales como accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales, así como otras prestaciones cubiertas por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), los accidentes de tránsito (SOAT), entre otros. Tampoco se cubrirán atenciones derivadas de actividades como: uso de maquinaria industrial en domicilio, almacenaje de productos inflamables de uso no doméstico, entre otros.
44. Todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, terapias, tratamientos y medicamentos indicados por las especialidades de psiquiatría y psicología.
45. Cuidados particulares de enfermería para casos hospitalarios y servicios a domicilio.
46. Durante la hospitalización: todo tipo de servicios de bazar y confort personal como televisores, radios, teléfonos, artículos personales o de higiene, colchón anti escaras, entre otros; gastos relacionados a acompañantes o cuidados a dedicación exclusiva; otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.
47. Chequeos médicos y descarte de enfermedades en una persona sana, salvo aquellos que se especifiquen en la tabla de beneficios, así como controles de enfermedades no cubiertas por el plan de salud. tampoco están cubiertos los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias o empleo.
48. Gastos por complicaciones o consecuencias relacionadas a diagnósticos o tratamientos no cubiertos por el plan de salud.
49. Pruebas diagnósticas (laboratorio, imágenes y/u otros estudios) o tratamientos (procedimientos médicos o quirúrgicos, insumos, dispositivos, implantes, equipos y/o medicamentos) derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de y otros precisados a continuación:
 - ⊕ Medicamentos, productos y tratamientos experimentales o de efectividad no comprobada o que no cuenten con el sustento médico según la Medicina Basada en Evidencia con ensayos clínicos de fase III concluidos o con beneficio demostrado.
 - ⊕ Todo medicamento, equipo, dispositivo, implante, procedimiento o insumo médico que no haya sido aprobado por la FDA ni registrado en DIGEMID.
 - ⊕ Medicamentos aprobados por la FDA y registrados en DIGEMID, pero prescritos para

enfermedades diferentes para los que fueron aprobados.

- ⊕ Los que no se consideren MEDICAMENTE NECESARIOS, de acuerdo a la definición de la Cláusula Tercera del presente documento.
- ⊕ Lágrimas naturales, excepto en caso de síndrome de ojo seco.
- ⊕ Vacunas en general, excepto las necesarias como consecuencia de tétanos, mordeduras o picaduras de animales o insectos.
- ⊕ Factor estimulante de crecimiento.
- ⊕ Inmunoestimulantes. Terapia biológica preventiva.
- ⊕ Recursos terapéuticos naturales (uña de gato, muérdago, etc.), cualquiera sea su forma de presentación.
- ⊕ Tratamientos para Hepatitis C.
- ⊕ Medicamentos para el tratamiento de la Osteopenia.
- ⊕ Medicamentos o tratamientos para tratar la dependencia al alcohol, tabaco y drogas ilícitas.
- ⊕ Factor VIII antihemofílico. Eritropoyetina.
- ⊕ Viscosuplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) para cualquier condición de salud articular.
- ⊕ Inductores de la evolución a nivel central, agonistas de hormona gonadotrófica. Hormona del crecimiento, andrógenos, testosterona, esteroides anabólicos.
- ⊕ Medicamentos para reducción de peso, preparaciones homeopáticas y herbales.
- ⊕ Psicofármacos: ansiolíticos, hipnóticos, sedantes, antipsicóticos, antidepresivos, psicoestimulantes, nootrópicos, anfetamínicos, derivados y afines cuando se indiquen para enfermedades de la esfera k (psicológica o psiquiátrica).
- ⊕ Tratamientos psicológicos o psiquiátricos; tratamientos para corregir trastornos de conducta, trastornos de la atención (incluido autismo), lenguaje y del aprendizaje. Curas de reposo o de sueño. Electroencefalograma para cefaleas o problemas de memoria o atención.
- ⊕ Vitaminas, minerales, suplementos alimenticios (excepto los utilizados para el afiliado hospitalizado), complementos nutricionales, leches o fórmulas maternizadas, probióticos, fármacos nutrientes, productos nutraceuticos, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes, energizantes, anabólicos, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.
- ⊕ Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales.
- ⊕ Antioxidantes, tónicos estimuladores del apetito, anorexígenos, preparados proteicos, complementos nutricionales, productos nutraceuticos, productos de propiedades anti asténicas, reconstituyentes, energizantes, activadores o tónicos cerebrales, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales y similares. Vasodilatadores cerebrales. Coagulantes, hepatoprotectores.
- ⊕ Productos de higiene personal y de tocador, artículos de cuidado personal. Medicamentos utilizados con fines placebo. Edulcorantes. Productos cosméticos y dermatocosméticos, humectantes, sustancias exfoliativas, preparados, jabones, champúes, cremas neutras, bloqueadores solares (fotoprotectores), drogas prescritas para propósitos cosmetológicos con fines preventivos y/o estéticos.
- ⊕ Medicamentos, exámenes auxiliares, procedimientos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria o secundaria excepto aspirina, amlodipino, warfarina, clopidogrel, heparinas, montelukast en asma y profilácticos para migraña que si son materia de cobertura.

LA IAFAS podrá establecer otras Exclusiones que serán aplicables a partir de la renovación anual del contrato, debiendo constar estas modificaciones en el nuevo plan de salud.

Si un siniestro que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error, LA IAFAS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error.

7.- RED DE IPRESS

La relación de establecimientos de salud afiliados al **PLAN DE SALUD** se encuentra detallada en: https://globalredsalud.s3.us-east-2.amazonaws.com/vidasegura/Vidasegura_redmedica.pdf

Cualquier modificación, se comunicará al **AFILIADO/ASEGURADO** conforme a lo establecido en la Cláusula Décima de las **CONDICIONES GENERALES** del presente Contrato de Aseguramiento en Salud.

ANEXOS

ANEXO 1: CONDICIONES DE LA SUSCRIPCIÓN

La suscripción al PLAN DE SALUD se encuentra sujeta a las siguientes condiciones:

Edad inicio de ingreso:	Desde los 0 años
Edad límite de ingreso:	Hasta los 64 años, 11 meses y 29 días
Edad de límite de permanencia:	Hasta los 69 años, 11 meses y 29 días

ANEXO 2: PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA

Las siguientes prestaciones sólo serán cubiertas, luego de transcurrido el **PERÍODO DE CARENCIA** señalado a continuación:

a) PERIODO DE CARENCIA

PRESTACION DE SALUD	PLAZO
Atención ambulatoria	15 días
Atención Preventivo Promocional (Teleconsulta preventiva)	15 días
Reembolsos	15 días
Respaldo económico por Sepelio	2 meses

El cómputo de los Periodos de Carencia empieza al inicio de la vigencia y no aplica para las renovaciones del CONTRATO.

ANEXO 3: CONDICIONES Y PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

1. GENERALIDADES:

- ⊕ El presente Anexo detalla la totalidad de Prestaciones de Salud que pueden formar parte del PLAN DE SALUD, de acuerdo con el que hubiese sido contratado por EL CONTRATANTE. Los beneficios y coberturas se otorgan respetando el Beneficio Máximo Anual, los Periodos de Carencia y Espera, los Copagos fijos, Copagos variables, los Gastos no cubiertos y Exclusiones, y la vigencia del CONTRATO, de acuerdo al PLAN DE SALUD contratado.
- ⊕ Las condiciones y procedimientos que debe seguir el **AFILIADO/ASEGURADO** para que proceda la atención de las Prestaciones de Salud se encuentran señaladas en el presente Anexo. En caso de incumplimiento de tales condiciones no procederá la cobertura.
- ⊕ Se sugiere a los **AFILIADOS/ASEGURADOS** que previo a la asistencia o a recibir un servicio en un Establecimiento de Salud consulten los horarios de atención de acuerdo y, de ser posible, coordinen sus citas con tiempo prudente. Las atenciones para las distintas Prestaciones de Salud se encuentran sujetas a los horarios de atención y disponibilidad de los Establecimientos de Salud y de su equipo médico.
- ⊕ Todos los beneficios, Prestaciones de Salud y coberturas serán facturados en base a las tarifas establecidas por cada Establecimiento de Salud. El **AFILIADO/ASEGURADO** deberá asumir el costo de los Copagos fijos y Copagos variables que correspondan por las Prestaciones de Salud, conforme a lo señalado en el PLAN DE SALUD que hubiese contratado.
- ⊕ En todos los casos, para solicitar cualquier Prestación de Salud, el **AFILIADO/ASEGURADO** deberá identificarse presentando su **Documento de Identificación**.
- ⊕ Por tanto, sin perjuicio de las demás obligaciones señaladas en el CONTRATO, los beneficios y Prestaciones de Salud para ser cubiertos deben cumplir las siguientes condiciones:
 - a) Los beneficios y Prestaciones de Salud deben encontrarse expresamente incluidos en el PLAN DE SALUD adquirido, conforme a lo señalado en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las Condiciones Particulares;
 - b) Se debe cumplir con el procedimiento señalado en el presente Anexo;
 - c) El **AFILIADO/ASEGURADO** debe haber cumplido con cancelar el Copago fijo y Copago variable, cuando corresponda; y,
 - d) Cualquier otra obligación o condición señalada en el CONTRATO.

2. PROCEDIMIENTO PARA LA COBERTURA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

⊕ TELECONSULTA:

La atención médica por Teleconsultas se realizarán **únicamente en las especialidades médicas y en la Red Prestacional señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS**.

Este servicio está disponible para tratar condiciones médicas, síntomas o procesos clínicos de baja complejidad, de menos de 7 días de evolución desde su inicio y que no representan un riesgo para la vida, utilizando una plataforma virtual que permita la interacción entre el **AFILIADO/ASEGURADO** y el Médico.

Este servicio se brindará conforme a las exigencias tecnológicas y los términos y condiciones establecidos por cada proveedor de la Red Prestacional. El paciente debe estar en un ambiente adecuado, con buena conexión a internet y sin ruidos que interrumpan la atención médica.

El **AFILIADO/ASEGURADO** deberá encargarse de coordinar y solicitar la teleconsulta respectiva. La cita la solicitará directamente con cada Establecimiento de Salud de la RED PRESTACIONAL, a través de los mecanismos que ésta brinde para ello.

Durante la Teleconsulta podría darse el caso que el Médico recomiende una evaluación médica presencial por requerir un examen físico o la derivación a una especialidad específica.

Dentro de las 24 horas posteriores a la teleconsulta, un Asesor Telefónico se contactará con el **AFILIADO/ASEGURADO** para coordinar, de ser el caso, la entrega de medicamentos.

⊕ ATENCIÓN AMBULATORIA

La cobertura de Atención Médica se realizará **únicamente en las especialidades médicas y en la Red Prestacional señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS.**

EL **AFILIADO/ASEGURADO** deberá encargarse de coordinar y solicitar la cita respectiva. La cita se solicitará directamente con cada Establecimiento de Salud de la RED PRESTACIONAL, a través de los mecanismos que ésta brinde para ello.

Es responsabilidad del **AFILIADO/ASEGURADO** de asistir puntualmente a la cita, siguiendo las instrucciones que en su oportunidad el Establecimiento de Salud le brinde.

⊕ DELIVERY DE MEDICAMENTOS

El PLAN DE SALUD sólo cubre el uso de **medicamentos genéricos** para todos los casos.

Se brindará la cobertura a través de la Red Prestacional, dentro de la zona geográfica y siempre que se supere el monto mínimo que el proveedor informe.

Para solicitar este beneficio, EL **AFILIADO/ASEGURADO** deberá comunicarse al Whatsapp 983 410 747 o a la Central Telefónica de LA IAFAS (01) 445-3019 en el horario de lunes a viernes de 9am a 6pm y sábados de 9am a 1pm. Este horario puede estar sujeto a variaciones por diferentes motivos, entre ellos: Medidas de seguridad dictadas por el Gobierno, días festivos y/o feriados, huelgas, desastres naturales, modificación de horario por parte del proveedor y/u otros; lo cual será informado al **AFILIADO/ASEGURADO** cuando solicite este servicio.

Como parte de la solicitud, EL **AFILIADO/ASEGURADO** deberá adjuntar la Receta Médica, la cual deberá tener el logo, dirección y teléfono del Establecimiento de Salud. Además, deberá contar con los datos personales del **AFILIADO/ASEGURADO**, diagnóstico, prescripción médica, fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.

LA IAFAS evaluará la solicitud y brindará la respuesta al **AFILIADO/ASEGURADO** en un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas.

⊕ HOSPITALIZACIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL:

Se efectuará únicamente en las instalaciones de la RED PRESTACIONAL señalada en la TABLA DE BENEFICIOS del PLAN DE SALUD.

El Establecimiento de Salud deberá solicitar a **LA IAFAS** una Carta de Garantía, y sólo luego de la auditoría correspondiente, se validará si procede o no la autorización de la hospitalización. De proceder, la hospitalización será cubierta hasta la Cobertura Particular Máxima indicada en la Tabla de Beneficios del PLAN DE SALUD.

Además, en los casos que corresponda, se evaluará para efectos de la cobertura si el diagnóstico que generó la Hospitalización deriva o no de una Preexistencia, en cuyo caso, **AFILIADO/ASEGURADO** deberá asumir la totalidad de costos que la atención médica hubiese generado.

Se deja aclarado que las atenciones e intervenciones relacionadas con maternidad no forman parte de este beneficio.

⊕ EMERGENCIAS

La atención de EMERGENCIAS, se encontrarán sujetas a las siguientes condiciones y procedimiento:

- a) Se efectuará únicamente en las instalaciones de la RED PRESTACIONAL señalada en la TABLA DE BENEFICIOS del PLAN DE SALUD, quedando aclarado que corresponderá al médico encargado de la atención, bajo responsabilidad, determinar si la atención efectuada correspondió a una emergencia.
- b) En el supuesto que el médico tratante determine que la atención no fue una emergencia, el **AFILIADO/ASEGURADO** deberá asumir la totalidad de costos que la atención médica hubiese generado.
- c) Toda Emergencia Accidental deberá ser reportada dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a su ocurrencia bajo apercibimiento de no considerarse como tal.
- d) En caso la emergencia derive en una Atención Médica Hospitalaria se seguirá el procedimiento señalado para ese tipo de atención.

Sólo en caso de que el PLAN DE SALUD contratado incluya la Atención Médica Ambulatoria se podrá continuar con el tratamiento ambulatorio posterior a la EMERGENCIA.

⊕ AMBULANCIA

La cobertura de Ambulancia terrestre se realizará **únicamente en Red Prestacional y hasta el límite señalado en la TABLA DE BENEFICIOS**. Los tipos de ambulancia cubiertos son de Tipo I y Tipo II, no teniendo cobertura las ambulancias de Tipo III.

Los servicios serán cubiertos sólo en situaciones de emergencia. Para ello, al momento en que se genere la emergencia el **AFILIADO/ASEGURADO** deberá comunicarse directamente con el proveedor de la RED PRESTACIONAL e identificarse para coordinar la atención.

El Servicio de Ambulancia es prestado en los términos y condiciones en las que el proveedor indique al **AFILIADO/ASEGURADO**. Asimismo, la única finalidad del Servicio de Ambulancia es la de trasladar al **AFILIADO/ASEGURADO** al Establecimiento de Salud donde se le brindará la atención de emergencia. Por tanto, cualquier uso del Servicio de Ambulancia con un destino o fin distinto no será cubierto por **LA IAFAS**.

El Servicio de Ambulancia se prestará únicamente dentro del área geográfica establecido entre **LA IAFAS** y el proveedor de la Red de Ambulancia, el cual se encuentra detallado en las Condiciones Particulares.

⊕ MEDICO A DOMICILIO

La cobertura de Médico a Domicilio se realizará **únicamente en las especialidades médicas y en la Red Prestacional señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS**

Únicamente se pueden atender por este servicio enfermedades agudas (menos de 7 días desde el inicio de los síntomas) y de baja complejidad (dolencias que presentan síntomas claros que no representan un riesgo para la vida).

Para solicitar el servicio, el **AFILIADO/ASEGURADO** debe comunicarse al Whatsapp 983 410 747 o a la Central Telefónica de LA IAFAS (01) 445-3019 en el horario de lunes a viernes de 9am a 6pm y sábados de 9am a 1pm. Este horario puede estar sujeto a variaciones por diferentes motivos, entre ellos: Medidas de seguridad dictadas por el Gobierno, días festivos

y/o feriados, huelgas, desastres naturales, modificación de horario por parte del proveedor y/u otros; lo cual será informado al AFILIADO cuando solicite este servicio.

LA IAFAS no tendrá ninguna responsabilidad en los casos que no se preste este servicio, debido a los siguientes motivos: i) El **AFILIADO/ASEGURADO** no se encuentre o no viva en la dirección domiciliaria indicada; ii) La dirección brindada estuvo errada o no existe; y iii) No se permite el acceso al personal médico a la dirección domiciliaria indicada.

➤ **ORIENTACION MÉDICA TELEFÓNICA**

Beneficio a través del cual el **AFILIADO/ASEGURADO** recibe orientación y consejería de un médico profesional para problemas de salud de baja complejidad, a través de una llamada telefónica.

No se brindarán diagnósticos ni tratamientos por este servicio. No aplica para atenciones de urgencia o emergencias.

Para realizar el uso de este beneficio, EL **AFILIADO/ASEGURADO** deberá comunicarse al Whatsapp 983 410 747 o a la Central Telefónica de LA IAFAS (01) 445-3019 en el horario de lunes a viernes de 9am a 6pm y sábados de 9am a 1pm. Este horario puede estar sujeto a variaciones por diferentes motivos, entre ellos: Medidas de seguridad dictadas por el Gobierno, días festivos y/o feriados, huelgas, desastres naturales, modificación de horario por parte del proveedor y/u otros; lo cual será informado al **AFILIADO/ASEGURADO** cuando solicite este servicio.

➤ **ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONAL (TELECONSULTA PREVENTIVA)**

Esta cobertura se realizará **únicamente en Red Prestacional y en los términos señalados en la TABLA DE BENEFICIOS**

Para solicitar el servicio, el **AFILIADO/ASEGURADO** debe comunicarse al Whatsapp 983 410 747 o a la Central Telefónica de LA IAFAS (01) 445-3019 en el horario de lunes a viernes de 9am a 6pm y sábados de 9am a 1pm. Este horario puede estar sujeto a variaciones por diferentes motivos, entre ellos: Medidas de seguridad dictadas por el Gobierno, días festivos y/o feriados, huelgas, desastres naturales, modificación de horario por parte del proveedor y/u otros; lo cual será informado al **AFILIADO/ASEGURADO** cuando solicite este servicio.

ANEXO 4:

ATENCION DEL RESPALDO ECONÓMICO POR SEPELIO

1. CONDICIONES PARA OTORGAR LA COBERTURA:

- El Respaldo económico por Sepelio sólo se otorga a favor de los AFILIADOS que expresamente se hubiese indicado en las Condiciones Particulares. Los AFILIADOS no indicados, o los que habiendo sido indicados no cumplan con los requisitos señalados en este Anexo se encuentran excluidos de la cobertura.
- Sólo se otorga a favor de los AFILIADOS que tuviesen una edad inferior a setenta (70) años al momento del fallecimiento.
- Además, para que el Respaldo económico por Sepelio aplique, será necesario: i) que el fallecido sea un AFILIADO, ii) que el PLAN DE SALUD no tenga deuda pendiente de pago a la fecha del fallecimiento y, iii) que haya transcurrido el periodo de carencia de la cobertura.
- Se otorga siempre que la causa de fallecimiento no sea por alguna de las indicadas en las exclusiones para esta cobertura.

- ⊕ Por fallecimiento y traslado del cuerpo del AFILIADO, la cobertura se realiza mediante desembolso por única vez y hasta el límite señalado en la TABLA DE BENEFICIOS.
- ⊕ Por gastos de sepelio del AFILIADO tales como gastos de servicios funerarios y/o gastos de sepultura, nicho o cremación, la cobertura se realiza mediante reembolso o devolución posterior a los gastos efectivamente realizados y pagados, y hasta el límite señalado en la TABLA DE BENEFICIOS.
- ⊕ Queda aclarado que la IAFAS no se responsabiliza por los servicios brindados por terceros, ya sea para el traslado del cuerpo o por los servicios funerarios y/o de sepelio.

2. SOLICITUD DE LA COBERTURA:

- ⊕ Corresponderá al familiar en primer grado de consanguinidad del AFILIADO fallecido (en adelante, el FAMILIAR), informar su fallecimiento y solicitar el otorgamiento del Respaldo económico por Sepelio en favor de éste.
- ⊕ La solicitud deberá efectuarse vía Whatsapp 983 410 747 o a la Central Telefónica de LA IAFAS (01) 445-3019 dentro de los cinco (05) días hábiles posteriores al fallecimiento.
- ⊕ El FAMILIAR deberá presentar el formulario de **Solicitud de Cobertura** debidamente llenado junto con el original o copias certificadas de los siguientes documentos:
 - Documento de identidad del AFILIADO fallecido;
 - Documento de identidad del FAMILIAR + documento que acredite el vínculo con el AFILIADO fallecido como: partida de matrimonio; resolución de unión de hecho o copia de DNI del hijo en común o; partida de nacimiento del AFILIADO.
 - Certificado médico de defunción completo;
 - Acta de defunción;
 - Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada; y/u
 - Cualquier otro documento que en su oportunidad LA IAFAS pudiese requerir.

Además, cuando el fallecimiento sea a consecuencia de un accidente, se presentará de forma adicional:

- Protocolo de Necropsia de Ley completo.
- Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del AFILIADO, salvo que razones procesales lo impidiesen.
- Resultado del examen de dosaje etílico y del examen toxicológico, cuando corresponda.

Para el **Reembolso de Gastos de Sepelio** el FAMILIAR deberá presentar las facturas originales de los gastos correspondientes a los servicios funerarios y/o sepultura, nicho o cremación hasta el límite especificado en la TABLA DE BENEFICIOS. Dichas facturas deberán ser emitidas a nombre de Health Care Global Red Salud IAFAS S.A.C, con RUC N° 20608105981 y con dirección en Av. Jorge Chávez 263 Oficina 302 – Miraflores, Lima.

- ⊕ En caso el FAMILIAR no cumpla con presentar toda la documentación requerida y/o dentro del plazo otorgado, LA IAFAS podrá negarse a prestar la cobertura sin que ello le genere responsabilidad alguna.

3. PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR LA COBERTURA:

- ⊕ Una vez entregada toda la documentación indicada en el numeral 2 precedente, LA IAFAS contará con un plazo de hasta cinco (5) días hábiles para evaluar la información y brindar la respuesta al FAMILIAR respecto de la procedencia o no del Respaldo económico por Sepelio. Cuando la complejidad del caso lo requiera, LA IAFAS podrá ampliar el plazo en

cinco (5) días hábiles adicionales, debiendo comunicar tal situación al FAMILIAR antes del vencimiento del plazo inicial.

- ⊕ Cuando de la verificación efectuada LA IAFAS hubiese concluido que el fallecimiento incurrió en alguna causal de exclusión, deberá remitir al FAMILIAR un informe detallando los hechos y documentos que sustentan la improcedencia del Respaldo económico por sepelio. Queda aclarado que el informe es elaborado en base a la información y documentación remitida por el FAMILIAR y/o aquella a la cual LA IAFAS haya podido tener acceso.
- ⊕ En caso de proceder el Respaldo económico por sepelio, éste será cancelado dentro de las 72 horas hábiles posteriores a la fecha en que es comunicada su procedencia. Asimismo, será entregado únicamente al FAMILIAR.
- ⊕ Todas las comunicaciones relacionadas al procedimiento de verificación de la procedencia del Respaldo económico por Sepelio serán dirigidas a elección al correo electrónico del CONTRATANTE, salvo que el FAMILIAR expresamente hubiese solicitado que sea dirigido a otra dirección de correo electrónico.

4. EXCLUSIONES DEL RESPALDO ECONÓMICO POR SEPELIO:

Se entiende por exclusión aquellos supuestos en los cuales el Respaldo económico por Sepelio no operará. Las exclusiones se encuentran señaladas a continuación:

- ⊕ Cualquier fallecimiento que ocurra durante el primer año de vigencia del Respaldo económico por Sepelio, y que sea consecuencia directa o indirecta de cualquiera de las causas señaladas a continuación: (i) Cáncer; (ii) Diabetes mellitus; (iii) Tuberculosis; (iv) Insuficiencia renal; (v) Accidente cerebro vascular; y, (vi) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida – SIDA.
- ⊕ Enfermedades o lesiones preexistentes.
- ⊕ Enfermedades infectocontagiosas, plagas, epidemias declaradas por el Ministerio de Salud y/o cualquier enfermedad que requiera aislamiento o cuarentena.
- ⊕ Suicidio
- ⊕ Guerra; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole.
- ⊕ Participación en un acto delictivo.
- ⊕ Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, si el Asegurado participa como elemento activo.
- ⊕ Muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante.
- ⊕ Fallecimiento a consecuencia del estado de embriaguez o drogadicción según lo establecido por las normas legales, o conduciendo un vehículo sin la respectiva licencia de conducir.
- ⊕ Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.
- ⊕ Muerte provocada en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo tales como: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.
- ⊕ Manipulación de explosivos o armas de fuego por el AFILIADO.
- ⊕ Muerte provocada durante procedimientos médicos realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico.
- ⊕ Eventos catastróficos ocasionados por fenómenos de la naturaleza tales como: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.

ANEXO 5: SISTEMA DE REEMBOLSO

El **AFILIADO/ASEGURADO** podrá utilizar el sistema de reembolso cuando no cuente con algún establecimiento de salud (IPRESS) afiliado a LA IAFAS en la provincia donde reside y siempre que cancele íntegramente los gastos generados en dicha atención. Queda aclarado que no se reembolsarán gastos que no correspondan a coberturas no contempladas y/o que formen parte de las exclusiones del Plan de Salud.

En este caso, LA IAFAS, previa evaluación médica, verificará si procede o no el pago de parte de los gastos incurridos por la atención (honorarios médicos, medicinas, exámenes auxiliares, etc.) según los límites y términos señalados en la TABLA DE BENEFICIOS del Plan de salud.

➤ PROCEDIMIENTO PARA REEMBOLSO:

1. Para solicitar el reembolso, el **AFILIADO/ASEGURADO** debe comunicarse al Whatsapp 983 410 747 o a la Central Telefónica de LA IAFAS (01) 445-3019 en el horario de lunes a viernes de 9am a 6pm y sábados de 9am a 1pm.
2. Dependiendo del reembolso a solicitar, el **AFILIADO/ASEGURADO** deberá adjuntar los siguientes documentos médicos:
 - **Orden de atención** la cual deberá tener el logo, dirección y teléfono del establecimiento de salud. Además, deberá contar con el nombre completo del **AFILIADO/ASEGURADO**, especialidad médica, fecha de atención, diagnóstico, tiempo de enfermedad, firma y sello del médico tratante.
 - **Receta Médica**, la cual deberá tener el logo, dirección y teléfono del establecimiento de salud. Además, deberá contar con el nombre completo del **AFILIADO/ASEGURADO**, diagnóstico, prescripción médica, fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.
 - **Historia clínica** para los casos de atención de emergencia.
3. Como sustento del reembolso el **AFILIADO/ASEGURADO** deberá presentar la factura a nombre de Health Care Global Red Salud IAFAS S.A.C. con número de RUC 20608105981. La factura presentada deberá ser la original con el sello de "cancelado", indicando el nombre completo del **AFILIADO/ASEGURADO** y los costos detallados de manera individual.
4. El reembolso deberá requerirse a LA IAFAS dentro de los dos (2) días calendarios posteriores a la fecha de atención, adjuntando toda la documentación antes señalada. Transcurrido dicho plazo se perderá el derecho a solicitar el reembolso.
5. **LA IAFAS** evaluará la solicitud de reembolso. En el supuesto que no cuente con toda la documentación necesaria, se informará al **AFILIADO/ASEGURADO** en un plazo no mayor a tres (3) días calendarios.
6. Una vez obtenida toda la información necesaria para la evaluación y de ser aprobada la solicitud de reembolso, ésta se ejecutará a la cuenta bancaria indicada por El **AFILIADO/ASEGURADO** en un plazo máximo de cinco (5) días calendarios.

⊕ OBSERVACIONES IMPORTANTES:

- No se aceptarán reembolsos de atenciones que fueron cubiertas por el Plan de Salud.
- El reembolso aplica para atenciones ambulatorias o de emergencias. No aplicará para atenciones hospitalarias.
- Para el reembolso de medicamentos, sólo se cubrirán el uso de medicamentos genéricos para todos los casos. De no existir un medicamento en Presentación Genérica o de Denominación Común Internacional, se otorgará cobertura del medicamento de marca previa autorización de LA IAFAS.
- No se aceptarán reembolsos originados bajo automedicación.
- Para el reembolso de los gastos no se aceptarán tickets ni boletas de venta.

ANEXO 6: ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS

EL CONTRATANTE, **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, usuarios y/o terceros legitimados tienen derecho a presentar su reclamo ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas a o recibidas de LA IAFAS.

Para su atención, los reclamos deben ser presentados a LA IAFAS mediante el **Libro de Reclamaciones en Salud Virtual**, el cual se encuentra disponible en la página web www.globalredsalud.com.

La atención del reclamo en todos los casos es gratuita y LA IAFAS no podrá rechazará por falta de pruebas y/o peritajes técnicos que lo sustenten. El plazo máximo de atención de los reclamos es de treinta (30) días hábiles, contados desde el día siguiente de su recepción.

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2019-SA o norma que lo sustituya, de no encontrarse de acuerdo, en todo o en parte, con el resultado de su reclamo, EL CONTRATANTE, **AFILIADO/ASEGURADO**, usuario y/o tercer legitimado puede acudir en Queja ante la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.

ANEXO 7: DECLARACIONES

- ⊕ 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”), a la suscripción del presente documento, **EL CONTRATANTE** brinda consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que **LA IAFAS** realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (en adelante, los “Datos Personales”), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantiene y/o mantendrá 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.

Asimismo, declara conocer el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

Autoriza también para los fines señalados, que **LA IAFAS** puede realizar un tratamiento por encargo a terceros de sus 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 **LA IAFAS**, además de otras empresas cuyo listado completo

se encuentra en la página web www.globalredsalud.com, sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales.

Declara haber sido informado que, conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure su relación contractual con **LA IAFAS** y hasta por 10 años de culminada la misma, sus Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de **LA IAFAS** con domicilio en Av. Jorge Chávez 263 – Miraflores, Lima, estando además inscritos en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación "Clientes" con código RNPDP-PJP N° 21497.

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

- ⊕ Las partes declaran tener conocimiento que **LA IAFAS** se encuentra incluido en el Sistema de Emisión Electrónica de Comprobantes de Pago y, por lo tanto, los comprobantes de pago derivados del CONTRATO serán puestos a disposición del **CONTRATANTE** mediante su envío por correo electrónico a la dirección electrónica consignada en las Condiciones Particulares.

Sin perjuicio de lo señalado, en el supuesto que por cualquier causa **LA IAFAS** no pudiese cumplir con la emisión y/o puesta a disposición de los comprobantes de pago en la forma convenida en el párrafo anterior, las partes acuerdan que **LA IAFAS** podrá utilizar mecanismos alternos para la emisión y/o puesta a disposición de tales comprobantes de pago, hasta solucionar los inconvenientes que impiden su envío en la forma acordada en este documento.

Queda aclarado que una vez emitido el comprobante de pago no podrá efectuarse ningún tipo de modificación.

- ⊕ **EL CONTRATANTE** reconoce y manifiesta que a la suscripción del presente documento se le ha enviado un original de toda la documentación integrante del CONTRATO, conforme a lo señalado en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales.
- ⊕ **EL CONTRATANTE** toma conocimiento que **LA IAFAS** podrá incluir los datos personales del **CONTRATANTE** y/o de los **AFILIADOS/ASEGURADOS** en una o más bases de datos que será(n) almacenada(s) y administrada(s) por ésta y que podrá(n) tener cualquiera de los siguientes usos o finalidades: (i) gestión económica y contable de clientes; (ii) prestación de servicios de solvencia patrimonial y crédito; (iii) cumplimiento o incumplimiento de obligaciones dinerarias; (iv) servicios financieros y de seguros; (v) análisis de perfiles; (vi) publicidad y prospección comercial; y, (vii) otros que considere pertinentes.
- ⊕ Queda expresamente aclarado que el **AFILIADO/ASEGURADO** con el primer uso del PLAN DE SALUD manifiesta su conocimiento y aceptación expresa e incondicional a todos y cada uno de los términos, condiciones y obligaciones señalados en el **CONTRATO**, incluyendo inclusive la Declaración de Salud.