

CONTRATANTE			
NOMBRE	: HEALTH CARE ADMINISTRATION RED SALUD S.A.C	RUC	: 20600258894
DIRECCIÓN	: Av. José Pardo Nro. 601 Int. 601 (Piso 6), Miraflores - Lima		
CORREO ELEC.	: contacto@red-salud.com	PAG. WEB	: www.red-salud.com

Para atenciones y emergencias contactarse al número (01) 610-6656

DATOS DEL TITULAR (CLIENTE DEL CONTRATANTE)				
Nombres y Apellidos Completos:			Fecha de Nacimiento:	
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	DNI / CE:	Teléfono Fijo:	Celular:
Dirección:			Distrito:	
Provincia:	Departamento:	Correo Electrónico:		

DATOS DE LOS AFILIADOS		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI / CE	FECHA DE NACIMIENTO

BENEFICIARIOS
El TITULAR y/o AFILIADOS al Plan, según se describe en cada Cobertura.

COBERTURA
Vigencia: Anual con Renovación Automática Fecha de Inicio: Fecha de emisión de la solicitud Fecha de Término: Por falta de pago, por decisión del TITULAR o cuando AFILIADOS superen la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

PERIODO DE CARENCIA
Período de tiempo durante el cual se paga por el PLAN pero el TITULAR o AFILIADO no recibe la cobertura prevista en el Plan de Asistencia. Se extiende desde la fecha de inicio del contrato o de la incorporación de cada AFILIADO hasta una fecha posterior de un (1) mes, desde su ingreso al Plan de Asistencia.

COBERTURAS	DETALLE DE COBERTURAS
Consultas Médicas Ambulatorias, solo en la especialidad de Medicina General**	Atenciones médicas ilimitadas, cada siete (07) días entre cada consulta. Solo se reembolsará S/.15.00 (Quince y 00/100 nuevos soles) por consulta y solo en aquellos casos donde no exista Red de Centros Médicos Afiliados**, hasta un máximo de cuatro (04) eventos por año.
Receta médica por consulta en su presentación genérica**	S/.25.00 (Veinticinco y 00/100 nuevos soles) máximo por receta. Cada receta se emitirá cada siete (07) días. No aplican reembolsos para recetas médicas.
Traslado médico terrestre (Ambulancia) por accidentes y por enfermedad grave	Cobertura hasta S/.350.00 (Trescientos cincuenta y 00/100 nuevos soles) por evento, 3 (tres) eventos al año.
Envío médico a domicilio por emergencia	Ilimitado, Co-Pago S/.30.00 (Treinta y 00/100 nuevos soles) cada envío.
Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad	S/.300.00 (Trescientos y 00/100 nuevos soles) diarios, máximo sesenta (60) días al año.
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	Hasta S/.5,000.00 (Cinco mil y 00/100 nuevos soles) anuales.

**Los servicios médicos y entrega de medicamentos será única y exclusivamente en la red de Centros Médicos y Farmacias, afiliados a Red Salud. .

PRECIO DEL PLAN
Costo del Plan (incluido IGV): S/.42.00 (Cuarenta y dos y 00/100 nuevos soles) Forma de pago: cargo en tarjeta de crédito o en cuenta

AUTORIZACIÓN DE CARGO RECURRENTE / FORMA DE PAGO																							
<p>Autorizo al CONTRATANTE a realizar los cargos mensuales de acuerdo al plan elegido, en la tarjeta designada por el TITULAR en el presente documento.</p> <p>Autorizo al CONTRATANTE a efectos que solicite y obtenga la dirección para el envío de cualquier comunicación referida a la contratación del presente plan.</p> <p>En caso que cambie de plástico la tarjeta de crédito o débito, autorizo al CONTRATANTE a emplear el nuevo número de plástico, autorizándolo a continuar efectuando los cargos mensuales derivados del presente Plan.</p>																							
N° de Tarjeta Crédito:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 200px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Fecha de Vencimiento <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; margin-left: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> mes año																						
N° de cuenta:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 200px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																						

FECHA DE SOLICITUD

	/		/	
--	---	--	---	--

Acepto las condiciones indicadas y autorizo el cargo en mi tarjeta o cuenta. Declaro haber recibido, leído y entendido las condiciones y términos del presente PLAN, el cual consta de cinco (05) hojas.

_____ Firma del TITULAR

CLIENTE

FORMA DE PAGO

- De acuerdo a la autorización del TITULAR, el precio del plan se cargará mensualmente en la tarjeta de crédito / débito designada, en la fecha de cargo más próxima a la afiliación según las fechas predeterminadas por el CONTRATANTE.
- En caso la tarjeta de crédito/ débito designada no contara con saldo o tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar reintentos de cargo en las siguientes fechas predeterminadas por el CONTRATANTE.
- Si luego de dichos reintentos no se hubiera podido realizar el cobro correspondiente, entonces se realizarán nuevos intentos en las siguientes fechas de cargo predeterminadas con la cuota del mes pendiente más la cuota del mes anterior.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera realizar el cobro correspondiente al Plan, la cobertura quedará extinguida dentro del plazo de noventa (90) días posteriores al vencimiento del plazo de pago.

CONDICIONES PARA SER AFILIADO

Podrán incluirse en este Plan las personas naturales entre los cero (0) años hasta los sesenta y cuatro (64) años con trescientos sesenta y cuatro (364) días, pudiendo permanecer AFILIADOS hasta la edad de sesenta y nueve (69) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días. Para gozar de los beneficios del Plan se requiere siempre que los AFILIADOS residan en el Perú.

DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

Consulta Médica General: Atención médica ambulatoria otorgada por un médico en la especialidad de Medicina General, que incluye un conjunto de actividades mediante las cuales se evalúa el estado de salud y los factores de riesgo, con el objeto de detectar precozmente circunstancias o patologías que puedan alterar su desarrollo y salud. El presente plan y/o cobertura no limita el número de atenciones médicas o consultas, pero el TITULAR o AFILIADO solo tendrá derecho a utilizar este servicio con un intervalo de siete (7) días por consulta y receta médica.

Reembolso de Consultas Médicas General: Solo se procederá a reembolsar hasta un máximo de S/.15.00 (Quince y 00/100 nuevos soles) por consulta y sólo en aquellos casos donde no exista Red de Centros Médicos Afiliados*, hasta un máximo de cuatro (4) eventos por año. En ningún caso se reembolsará la entrega de medicinas.

*Red de Proveedores para Atenciones Médicas: Las prestaciones Médicas otorgadas el Plan, estarán dadas únicamente por la Red de Proveedores médicos proporcionada por RED SALUD.

Cobertura de Medicinas: El TITULAR y/o AFILIADO tendrá derecho a recibir los medicamentos en su presentación genérica, que le hayan sido prescritos por el médico de la Red de Centros Médicos Afiliados, hasta por un máximo de S/.25.00 (Veinticinco y 00/100 nuevos soles) como importe máximo a cubrir en cada receta. Si el importe de la receta excede los S/.25.00 (Veinticinco y 00/100 nuevos soles), el TITULAR y/o AFILIADO tendrá la posibilidad de cancelar el diferencial de la cobertura y/o el costo total de la receta.

Traslado Médico Terrestre (ambulancia): En caso el TITULAR y/o AFILIADO sufra una enfermedad grave o accidente automovilístico que le provoque lesiones o traumatismos que requieran su hospitalización, se gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso no se cuente con la infraestructura privada, se coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad con un límite máximo de S/.350.00 (Trescientos cincuenta y 00/100 nuevos soles) por evento y tres (3) eventos por año (por accidente o por enfermedad grave).

Consulta Médica Telefónica: En caso el TITULAR y/o AFILIADO requiera de una consulta telefónica con un médico ante cualquier molestia que sufra (siempre que no sean emergencia), se gestionará y coordinará un enlace telefónico con un médico especialista en medicina general para que absuelva su consulta. Se brindará las veinticuatro (24) horas del día. El CONTRATANTE no se hace responsable por el diagnóstico o mal manejo de la orientación. Este servicio no tiene límite de eventos por año.

Envío y coordinación de Médicos a Domicilio: En caso el TITULAR y/o AFILIADO requiera un médico a domicilio (siempre que no sean emergencia), se coordinará el envío de un médico especialista en medicina general para que evalúe al paciente y realice un diagnóstico. Este servicio se realizará con un co-pago de S/.30.00 (Treinta y 00/100 nuevos soles) y sin límite de eventos al año.

Referencias Médicas: Cuando el TITULAR y/o AFILIADO necesite asistencia médica en Lima, se le proporcionará información de médicos especialistas como odontólogos, cardiólogos, pediatras, ginecólogos, dermatólogos, etc., así como clínicas y hospitales. Queda entendido que no se emitirá diagnóstico, pero a solicitud del TITULAR y/o AFILIADO y a cargo del mismo, se pondrán los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, por lo que los honorarios del médico que atienda al TITULAR y/o AFILIADO y cualesquiera otros gastos médicos en que se incurra, serán pagados por el TITULAR y/o AFILIADO con sus propios recursos y bajo su propio riesgo. En las demás localidades del Perú, se hará lo posible por contactar un médico o centro médico con la mayor celeridad. En este caso, el TITULAR y/o AFILIADO también deberá pagar con sus propios recursos los honorarios médicos y los gastos en que incurra al recibir asistencia médica. EL CONTRATANTE no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los médicos o centros médicos contactados. El servicio aquí establecido se brindará sin límite de eventos.

Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad: El CONTRATANTE pagará el Beneficio indicado por cada día de veinticuatro (24) horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de sesenta (60) días por año, como límite máximo por enfermedad o accidente, si como consecuencia de ellas, haya sido necesaria la hospitalización del TITULAR y/o AFILIADO debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia, independientemente del gasto real en que se haya incurrido. Para los efectos de este Plan, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente. Asimismo, se considera que una misma enfermedad o accidente que sobrepase los trescientos sesenta y cinco (365) días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo en la vigencia siguiente, en caso de renovación del Plan.

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente: En caso el TITULAR y/o AFILIADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia, sea que este haya ocurrido en territorio nacional o internacional, El CONTRATANTE reembolsará al TITULAR y/o AFILIADO los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes necesarios para su curación y que sean incurridos dentro del plazo de treinta (30) días calendarios contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, o en su defecto el señalado en las condiciones aplicables, según el monto máximo contratado. El CONTRATANTE indemnizará al TITULAR y/o AFILIADO siempre y cuando las causas del accidente no se encuentren dentro de las exclusiones de la cobertura y siempre que el TITULAR y/o AFILIADO no haya sido indemnizado bajo el mismo concepto por otro plan. En este último caso, aplicará en primer lugar el otro plan, y los gastos no cubiertos por el mismo, serán reembolsados hasta el límite señalado.

OBLIGACIONES DEL TITULAR y/o AFILIADO

- a) Identificarse como TITULAR y/o AFILIADO o ante los funcionarios de la Red Médica o ante las personas que el CONTRATANTE contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en este contrato.
- b) Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con el CONTRATANTE.
- c) Dar aviso oportuno a EL CONTRATANTE en caso no haber recibido la atención medica de forma oportuna y/o de haberse presentado algún tipo de inconveniente al momento de recibir la prestación o servicio médico.
- d) El teléfono al cual podrán comunicarse el TITULAR y/o AFILIADOS, es el (01) 610-6656.
- e) Si el TITULAR y/o AFILIADO incumple(n) con los procedimientos antes mencionados, el CONTRATANTE queda liberado de cualquier agravación o complicación médica que se pueda presentar.

EXCLUSIONES

PARA LA COBERTURA DE CONSULTA MÉDICA GENERAL Y COBERTURA DE MEDICINAS:

- a) Enfermedades y lesiones preexistentes al momento de contratar el Plan. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el TITULAR y/o AFILIADO y no resuelta en el momento previo al ingreso al presente Plan.
- b) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacionen directamente con ellas.
- c) Exámenes médicos de rutina.
- d) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- e) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- f) Radiación nuclear.

- g) Participación activa del TITULAR y/o AFILIADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- h) Participación activa del TITULAR y/o AFILIADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes, normas o reglamentos públicos.
- i) Participación del TITULAR y/o AFILIADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
- j) Participación voluntaria del TITULAR y/o AFILIADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- k) Práctica de los siguientes deportes de alto riesgo: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo y deportes ecuestres.
- l) Durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca, y miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.
- m) Bajo la influencia de alcohol, drogas y/o estupefacientes.
- n) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el TITULAR y/o AFILIADO en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- o) Tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental.
- p) Curas de Reposo.
- q) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- r) Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- s) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- t) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria.
- u) Cualquier tipo de consulta médica que no sean las de medicina general.
- v) Recetas médicas que no se emitan en la Red de Centros Médicos Afiliados.
- w) Reembolsos de cualquier otro tipo, que no sean expresamente amparados por la presente cobertura.
- x) Enfermedades tropicales y vacunas en general.

PARA LAS COBERTURAS DE TRASLADO MÉDICO TERRESTRE, CONSULTA MÉDICA TELEFÓNICA, ENVÍO Y COORDINACIÓN DE MÉDICOS A DOMICILIO Y REFERENCIAS MÉDICAS:

- a) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario.
- b) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- c) La energía nuclear radiactiva.
- d) Enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos, enfermedades pre-existentes y de las diagnosticadas con anterioridad al inicio de Vigencia del Plan.
- e) La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- f) Enfermedades mentales.
- g) La adquisición y uso de prótesis o anteojos.
- h) El embarazo.
- i) Prácticas deportivas en competencia.

PARA LA COBERTURA DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

- a) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el TITULAR y/o AFILIADO en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio del Plan.
- d) Curas de Reposo.
- e) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- f) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- g) Condiciones médicas o enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el asegurado o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro. No se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el TITULAR y/o AFILIADO haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza o Plan diferente, pero de igual naturaleza, es decir indemnizatoria.
- h) Exámenes médicos de rutina.
- i) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- j) Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- l) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos exigibles legalmente.

PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES:

- a) Lesiones pre-existentes al momento de contratar el Plan entendiéndose como tales cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el asegurado o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Radiación nuclear.
- d) Participación activa del TITULAR y/o AFILIADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Participación activa del TITULAR y/o AFILIADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes, normas o reglamentos públicos.
- f) Participación del TITULAR y/o AFILIADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
- g) Intento de suicidio o lesiones autoinfligidas, estando o no el TITULAR y/o AFILIADO en su sano juicio.
- h) Participación voluntaria del TITULAR y/o AFILIADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- i) Práctica de los siguientes deportes de alto riesgo: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo y deportes ecuestres.
- j) Durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca, y miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.
- k) Bajo la influencia de drogas, estupefacientes y/o alcohol, en este último caso en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente. Esta exclusión no está referida exclusivamente a accidentes de tránsito.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

A efectos de solicitar alguno de los servicios contemplados en el presente Plan, el TITULAR y/o AFILIADO deberá proceder de la siguiente forma:

1. Comunicarse al número de emergencias (01) 610-6656.
2. Suministrarle al funcionario que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como TITULAR y/o AFILIADO, así como los demás datos que sean necesarios para prestar el servicio solicitado, tales como la ubicación exacta, un número telefónico de contacto; descripción del problema que sufre, el tipo de ayuda que precisa. Cumplidos todos los requisitos indicados, se prestará al TITULAR y/o AFILIADO los servicios solicitados a los cuales tenga derecho, de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento. La atención de la solicitud de los servicios son de manera inmediata.

En cualquier caso, los servicios contemplados en este contrato se prestarán únicamente a quienes figuren como TITULAR y/o AFILIADOS dentro de la base de datos del Plan. EL CONTRATANTE asume la responsabilidad de mantener totalmente actualizada la lista de TITULAR y/o AFILIADOS activos.

En caso el TITULAR y/o AFILIADO no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados anteriormente, EL CONTRATANTE no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no prestación de los servicios a que se refiere el presente contrato.

En los casos de absoluta y comprobada urgencia del TITULAR y/o AFILIADO para cumplir con el procedimiento anteriormente señalado, de manera excepcional y únicamente en relación con el servicio de traslado médico terrestre, el TITULAR y/o AFILIADO podrá acudir directamente ante terceros a solicitar el indicado servicio.

En tal caso, se restituirá al TITULAR y/o AFILIADO los gastos incurridos hasta por un límite de S/. 350.00 (Trescientos cincuenta y 00/100 Nuevos Soles) por evento y hasta tres (3) eventos por año. A efectos de que el TITULAR y/o AFILIADO tenga derecho al reembolso mencionado, deberá cumplir con el procedimiento establecido en los párrafos anteriores dentro de un plazo máximo de veinticuatro horas (24) contadas a partir del momento en que se haya concretado el servicio de traslado médico terrestre.

PARA LA COBERTURA DE CONSULTA MÉDICA GENERAL Y COBERTURA DE MEDICINAS:

El TITULAR y/o AFILIADO que requiera el servicio podrá acercarse a la Red de Centros Médicos afiliados a Red Salud, y recibir la atención médica en la especialidad de Medicina General. Las medicinas por esta atención médica, serán entregadas al TITULAR y/o AFILIADO en la Red de Farmacias afiliadas a Red Salud.

De no existir algún proveedor médico en la zona donde se requiera el servicio, el TITULAR y/o AFILIADO deberá contactarse con Red Salud para proporcionar la dirección de los Centros Médicos afiliados en la zona donde se encuentra y/o coordinar una cita con algún profesional médico más cercano. De no existir ningún proveedor médico en esa zona, el TITULAR y/o AFILIADO, deberá ponerse en contacto para aprobar el reembolso de su atención médica y autorizar con el proveedor la entrega de medicamentos si los hubiese.

PARA LA COBERTURA DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

1. Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura, deberá comunicarse con el CONTRATANTE dentro de un lapso máximo de sesenta (60) días siguientes a la fecha de inicio de una hospitalización que origine una indemnización cubierta.
2. Toda hospitalización derivada de una enfermedad o lesión accidental cubierta por el Plan, se indemnizará en base a los originales del documento de identidad del AFILIADO, las certificaciones médicas, de diagnósticos, resultados de exámenes y facturas legalmente identificadas de las instituciones hospitalarias, en original, que certifiquen los servicios de hospitalización suministrados. Se podrán requerir aclaraciones, precisiones y/o documentos adicionales respecto de la documentación e información presentada por el TITULAR y/o AFILIADO, que ACE considere pertinente para la evaluación del siniestro. Todos los documentos deberán ser presentados en formato físico o en formato digital.

PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:

1. Dar aviso en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios de ocurrido el evento, o de haber tomado conocimiento, tan pronto como sea posible.
2. Presentar los siguientes documentos (en original o copia legalizada):
 - a) Documento de Identidad del AFILIADO
 - b) Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;
 - c) Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables.
 - d) En el caso de accidentes de tránsito en los que el TITULAR y/o AFILIADO sea el conductor del vehículo, resultado de Dosaje Etílico;
 - e) Relación de gastos de curación incurridos por el TITULAR y/o AFILIADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El TITULAR tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato sin expresión de causa ni penalidad alguna. El plazo para ejercer el derecho de arrepentimiento no podrá ser inferior a quince (15) días contado desde que el TITULAR adquiere el Plan. Para ejercer su derecho de arrepentimiento El TITULAR cuenta con los medios habilitados, precisándose que también podrá realizarlo utilizando el mismo mecanismo de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del Plan.

DERECHO DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

El TITULAR puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa por cualquiera de los medios de comunicación pactados, con no menos treinta (30) días calendario de anticipación.

ACEPTACIÓN DE CAMBIO DE TÉRMINOS Y CONDICIONES

El TITULAR tiene derecho a ser informado sobre las modificaciones a los términos y condiciones del Plan. Se le debe comunicar por escrito sobre la modificación que quisiera realizar, el TITULAR tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación. El TITULAR podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo deberá informarlo por escrito dentro del plazo antes señalado. En caso que el TITULAR no esté de acuerdo con la modificación propuesta, el Plan se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no se renovará el Plan.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Medios de Comunicación Pactados: Medios Físicos, Electrónicos y Telefónicos

MEDIOS HABILITADOS PARA PRESENTAR RECLAMOS

RESPECTO DE LA COBERTURA DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD Y LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:

Las Coberturas son ofrecidas por ACE Seguros S.A. (RUC N°20390625007)

El TITULAR y/o AFILIADO puede hacer consultas o presentar reclamos por los servicios de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

- a. En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de ACE Seguros ubicada en Calle Amador Merino Reyna N°267 Of. 402 – San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000 Fax (51-1) 422-7174 (*).
- b. Escribiendo a: atencion.seguros@acegroup.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección www.aceseguros.com.pe opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.
- c. Comunicarse al número de emergencias (01) 610-6656.

En cualquiera de los mecanismos señalados, como requisito previo para atender el reclamo, se deberá presentar la siguiente información:

- Nombre completo del usuario reclamante.
- Fecha de reclamo.
- Motivo y detalle de reclamo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

INSTANCIAS HABILITADAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS**RESPECTO DE LA COBERTURA DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD Y LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:**

Defensoría del AFILIADO: En tanto el monto no supere los US\$50,000 el CONTRATANTE y/o AFILIADO puede recurrir a la Defensoría del AFILIADO. Web: www.defaseg.com.pe Telefax: 01 446-9158, Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima.

Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: Plataforma de Atención al Usuario, Teléfono: (511) 630 9005, Dirección: Jr. Junín N° 270, Centro Histórico - Lima, Web: www.sbs.gob.pe

INDECOP: Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe

IMPORTANTE

- La información contenida en el presente documento es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en la Póliza de Seguro y en las Condiciones Generales.
- El TITULAR y/o AFILIADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a el CONTRATANTE o a ACE Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el TITULAR y/o AFILIADO.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un comercializador, las comunicaciones que le curse el TITULAR y/o AFILIADO por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la empresa de seguros. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE, TITULAR o AFILIADO al comercializador se consideran abonados a ACE Seguros.
- ***El presente producto presenta obligaciones a cargo del TITULAR y/o AFILIADO cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.***
- ***Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el TITULAR y/o AFILIADO se encuentra obligado a informar a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo.***