

Solicitud-Certificado SALUD MAX
Código SBS N° AE2026400230
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas
reglamentarias

| DATOS DE LA COMPAÑÍA | |
|----------------------|--|
| Razón Social | Interseguro Compañía de Seguros S.A. |
| RUC | 20382748566 |
| Dirección | Av. Javier Prado Este N° 492, Of. 2601, Urb. Jardín, San Isidro - Lima |
| Teléfono | 611-4700 |
| Correo Electrónico | servicios@interseguro.com.pe |

| DATOS DEL CONTRATANTE (COMERCIALIZADOR) | |
|---|--|
| Razón Social | Banco Internacional del Peru S.A. - Interbank |
| RUC | 20100053455 |
| Dirección | Jr. Carlos Villarán N° 140, Urb. Santa Catalina, La Victoria |
| Teléfono | 311-9000 |
| Correo Electrónico | ----- |

| DATOS DEL ASEGURADO / RESPONSABLE DE PAGO | | |
|---|---------------------|-------------------|
| Apellido Paterno: | Apellido Materno: | |
| Primer nombre: | Segundo nombre: | Sexo: |
| Tipo Doc. Identidad: | N° Doc. Identidad: | Fecha Nacimiento: |
| Dirección: | Distrito: | |
| Provincia: | Departamento: | Teléfono Fijo: |
| Celular: | Correo electrónico: | |

| TARJETA ASEGURADA - AUTORIZACIÓN DE CARGO EN TARJETA PARA PAGO DE LA PRIMA | |
|---|---|
| Autorizo se sirvan efectuar, de acuerdo a la periodicidad escogida, los cargos por el concepto de prima de seguro "SALUDMAX" en mí: | |
| CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO | |
| Riesgo | Asistencia Médica |
| Moneda | Soles |
| Fecha de inicio de vigencia | Desde la firma de la solicitud - certificado del seguro o aceptación del contrato por parte del Asegurado |
| Fecha de fin de vigencia | Hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución |
| Plazo de vigencia | Anual, con renovación automática |
| Lugar y forma de pago | |
| Frecuencia de pago de primas | |
| Medio de pago: XXXXXXXXXXXXXXX | Tipo Tarjeta: (XXXXXX) |
| Nro. de Tarjeta / cuenta Bancaria: | Fecha de Vencimiento: |
| La prima se cobrará en la moneda de la cuenta o tarjeta autorizada. En caso se realice cambio de tarjeta o cuenta, autorizo a la Compañía a continuar efectuando el cobro de la prima en la TC o cuenta que la reemplaza. | |

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

| | | |
|--|---|---|
| Edad mínima de ingreso 18 años | Edad máxima de ingreso Hasta antes de cumplir 65 años | Edad máxima de permanencia Hasta antes de cumplir 69 años |
|--|---|---|

COBERTURAS

| | |
|---|--|
| PRINCIPAL Renta hospitalaria por accidente | Suma asegurada: 225 Plazo máximo cubierto: Hasta 1 día1, límite de días agregado por póliza Carencia: No aplica Deducible: No aplica Beneficiarios: Asegurado Titular |
| ADICIONALES Renta hospitalaria por Enfermedad | Suma asegurada: 225 Plazo máximo cubierto: Hasta 30 días, límite de días agregado por póliza Carencia: No aplica Beneficiarios: Asegurado Titular Número máximo de eventos cubiertos: 2 |
| Fallecimiento | Suma asegurada: S/ 10,000 Plazo máximo cubierto: No aplica Deducible: No aplica Número máximo de eventos cubiertos:1 Asegurado: Asegurado Titular Beneficiarios: Legales |

MONTO DE PRIMA COMERCIAL MENSUAL

| PLAN | Plan 1 Titular | Plan 2 Titular + 1 adicional | Plan 3 Titular + 4 adicionales |
|-------------|----------------|------------------------------|--------------------------------|
| Prima Neta | S/ 12.71 | S/ 16.95 | S/ 22.81 |
| Prima Total | S/ 15 | S/ 20 | S/27 |

Para obtener mayor información de su póliza, el Asegurado puede solicitarle las Condiciones Generales y Condiciones Particulares a La Compañía o visualizarlas a través de la página web www.interseguro.pe o a través del Portal del Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

La compañía de Seguros paga el monto de la suma asegurada establecida en la Solicitud-Certificado, a manera de indemnización, por cada día que el Asegurado se encuentre hospitalizado a causa de un accidente.

Se entiende por día de hospitalización las veinticuatro (24) horas continuas e ininterrumpidas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital o Clínica.

La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en la Solicitud-Certificado del Seguro.

En caso exista algún concepto pendiente de pago por parte del contratante o asegurado, la Compañía de Seguros se encuentra facultada a descontarlo de la indemnización de las coberturas contratadas.

DESCRIPCIÓN DE LAS CLÁUSULAS ADICIONALES

Renta Hospitalaria por Enfermedad

La compañía de Seguros paga el monto de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado por cada día que el Asegurado se encuentre hospitalizado a causa de una enfermedad no preexistente.

Se entiende por día de hospitalización las veinticuatro (24) horas continuas e ininterrumpidas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital o Clínica.

La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado del Seguro.

En caso exista algún concepto pendiente de pago por parte del contratante o asegurado, la Compañía de Seguros puede compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la póliza respectiva, contra la indemnización debida al asegurado.

Fallecimiento

La Compañía de Seguros paga el monto de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado por fallecimiento del Asegurado que se produzca como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

Si el fallecimiento se produjera como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días calendarios siguientes de ocurrido el accidente, aplicándose el período de carencia descrito en las Condiciones Particulares.

La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado del Seguro.

En caso exista algún concepto pendiente de pago por parte del contratante o asegurado, la Compañía de Seguros puede compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la póliza respectiva, contra la indemnización debida al asegurado.

Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. En caso de la cobertura de fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este tome conocimiento de la existencia del beneficio.

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre:

1. Actos delictivos o que constituyan la causa del siniestro en las que participe el asegurado.
2. Lesiones que generen hospitalización ocurridas cuando el Asegurado se encuentre voluntariamente al momento del siniestro bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sea recetado por un médico. Asimismo, el estado voluntario de embriaguez o drogadicción del Asegurado. Se considerará estado de embriaguez cuando el Asegurado niegue a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda, o cuando habiéndolo practicado, éste arroje un resultado mayor a 0.50 g/l de alcohol en la sangre al momento del siniestro.
3. Lesiones a consecuencia de conducir un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa aplicable.
4. Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, servicio militar, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo.
5. Lesiones producidas por peleas, salvo en las que se demuestre legítima defensa, lo cual tendrá que probarse a través de una resolución judicial o un atestado policial.
6. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional o aficionada de los siguientes deportes o actividades de riesgo: buceo submarino, inmersión submarina, montañismo, ala delta, parapente, paracaidismo, canotaje, rafting, saltos ornamentales, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak, alpinismo, *trekking*, puenting, tirolina y *street luge*. Así también, la participación como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.
7. Hospitalizaciones realizadas en instituciones legalmente no establecidas.
8. En el caso de las Fuerzas Armadas, hospitalizaciones por convalecencia.
9. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para Asegurados que por su trabajo están considerados dentro del Seguro complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA CLÁUSULA ADICIONAL

Adicional a lo indicado en Condicionado General o Solicitud Certificado, este seguro no cubre:

Renta Hospitalaria por Enfermedad

1. Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes y gastos derivados de causas relacionadas. Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos que cumplan con lo establecido en la Ley N° 28770, Ley que Regula la Utilización de las Preexistencias en la Contratación de un Nuevo Seguro de Enfermedades y/o Asistencia Médica.
2. Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales, desórdenes funcionales de la mente y tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico.
3. Despiques de enfermedades, tratamiento y/o medicina preventiva.
4. Cirugía o tratamientos estéticos, plásticos o reconstructivos, cirugías por mama plástica reductora ni por ginecomastia.
5. Tratamientos no reconocidos por el Colegio Médico Peruano.
6. Embarazo, maternidad, sus complicaciones y consecuencias.
7. Insuficiencia o sustitución hormonal, todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad, raquitismo y los derivados de ellos.
8. Enfermedades oncológicas y/o diagnosticadas como cáncer. En los casos que exista alta sospecha de cáncer, la cobertura del evento estará sujeta a la presentación del resultado de anatomía patológica, la cual deberá tener resultado negativo. La Compañía de Seguros podrá solicitar dicho documento, dentro del plazo de los 20 días para pronunciarse sobre el siniestro.
9. Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.

Fallecimiento

Este seguro no cubre:

1. Suicidio, a menos que hubieran transcurrido dos (02) años completos e ininterrumpidos desde la fecha en que se contrató el seguro.
2. Pena de muerte o muerte producida por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.
3. Fisión o fusión nuclear, así como contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
4. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; o intervenir en viajes submarinos.
5. Enfermedades preexistentes, así como, anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ella, y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por la Compañía. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
6. Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/litro de alcohol en la sangre; o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.
7. Prestación de servicios en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Contratante tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la póliza de seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud. El plazo de los 15 días se computa desde la recepción de la póliza por parte del contratante.

Para el caso de los seguros colectivos, el Asegurado tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la solicitud certificado, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud.

Este derecho se ejerce solicitando la Resolución de la Póliza y se podrá emplear los mismos mecanismos, lugar y medios por los cuales se contrató, de acuerdo a lo señalado en las normas sobre protección al consumidor.

PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DE SU INCUMPLIMIENTO

1. **Obligación del pago:** el Contratante es el obligado al pago de la prima, la cual es exigible desde la celebración del contrato. En caso de seguros colectivos, el Contratante trasladará la responsabilidad de pago al Asegurado. El pago puede ser fraccionado o diferido.
2. **Pago de la Prima:** El pago de la prima se considerará realizado a partir del día y hora en que la Compañía de Seguros o el Contratante reciba el importe de la prima acordada.
3. **Suspensión de cobertura por incumplimiento de pago:** el incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro, luego de treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación. Antes de esos treinta (30) días, la Compañía de Seguros deberá comunicar de manera cierta al Contratante, la situación de incumplimiento de pago de la prima y la suspensión de la cobertura como consecuencia de dicho incumplimiento, a través de los medios previamente acordados. Además, indicará el plazo que el Contratante tiene para pagar la prima antes de que se suspenda la cobertura. La Compañía de Seguros no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura esté suspendida. La suspensión de cobertura no es aplicable cuando el Contratante haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido en el contrato.
4. **Rehabilitación de la cobertura:** cuando el contrato se encuentra suspendido, la rehabilitación de la cobertura se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague el total de las cuotas vencidas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (00:00) horas del día siguiente a aquel en que se pague la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a solicitud del Contratante, siempre que la Compañía de Seguros no haya resuelto el contrato.
5. **Resolución por incumplimiento de pago:** cuando la cobertura del seguro esté suspendida por el incumplimiento del pago de la prima, la Compañía de Seguros podrá optar por resolver el contrato y/o solicitud certificado, los cuales se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el Contratante y/o asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía de Seguros informándole sobre esta decisión, por el mecanismo de comunicación acordado. En este caso, la Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por período efectivamente cubierto. La Compañía de Seguros quedará liberada de toda responsabilidad y obligación una vez resuelto el contrato.
6. **Extinción del contrato de seguro por incumplimiento de pago:** el contrato de seguro queda extinguido cuando el Contratante y/o asegurado no realiza el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento de la obligación, La Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por el período cubierto.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro quedará resuelto, respecto al Contratante, perdiendo todo derecho originado de la Póliza cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante. Dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.
- c. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo de 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.

La Solicitud-Certificado del Seguro quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N°13.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.
- c. Cuando al momento de evaluar la solicitud de cobertura se evidencie que esta ha sido interpuesta en base a documentos o declaraciones falsas, los cuales se encuentran establecido en el Artículo N° 10. La Compañía comunicará la resolución al Contratante y al asegurado dentro de los treinta (30) días posteriores de haber tomado conocimiento del fraude.
- d. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo de 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En los supuestos antes mencionados, la Compañía de Seguros tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no transcurrido. La devolución de la prima se realizará en forma directa al Contratante o Asegurado, según corresponda, treinta (30) días hábiles posteriores a la resolución.

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

El Contratante o el Asegurado podrán solicitar la resolución sin expresión de causa de la Póliza, con una anticipación mínima de treinta (30) días calendarios.

El Contratante notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

- a. Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver su afiliación al contrato.
- b. En caso se trate de una persona jurídica, copia literal de los Poderes que acrediten al Representante del Contratante como tal, así como las facultades necesarias para la resolución de contratos.
- c. Copia del documento de identidad de la persona que suscribe la Carta de resolución.

El Asegurado notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

- a. Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver su afiliación al contrato.
- b. Copia de su documento de identidad.

Este trámite podrá efectuarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de la Compañía de Seguros Interseguro, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante o Asegurado tuviese algún impedimento para realizar personalmente el trámite, deberá otorgar un poder notarial a través de una carta poder con firma legalizada, para que un tercero lo realice en su nombre.

La Compañía de Seguros procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada. El contrato terminará a los treinta (30) días de la recepción de la solicitud de resolución sin expresión de causa,

extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza.

NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato de seguro será nulo por una causa existente al momento de su celebración en los siguientes casos:

1. Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la Póliza para asumir el riesgo.
2. Si al tiempo de su celebración se ha producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.
3. Cuando no exista interés asegurable al momento de la celebración del contrato o al inicio de su vigencia.

En estos casos, se procederá a la devolución de la prima pagada.

Para todos los casos de nulidad, el Asegurado perderá todo derecho de solicitar indemnización o beneficio alguno relacionado a esta Póliza.

La nulidad por reticencia y/o declaración inexacta deberá ser solicitada en el plazo de treinta (30) días desde que la Compañía de Seguros tenga conocimiento de esta.

Si el Asegurado hubiera cobrado la indemnización de un siniestro, quedará obligado a devolver a la Compañía de Seguros la suma asegurada percibida, más intereses legales y tributos correspondientes.

AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA BÁSICA

Para todos los casos, el aviso del siniestro deberá ser comunicado a la Compañía de Seguros o al Comercializador dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia.

Los documentos necesarios para la solicitud de cobertura son:

1. Copia simple del Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados donde se verifique los datos del asegurado e indicación de fecha y hora de ingreso y alta.
2. Copia simple de la factura o boleta de pago según corresponda.

En adición, la Compañía de Seguros podrá solicitar los siguientes documentos:

3. Copia fedateada de la Historia Clínica desde la fecha de hospitalización, en caso la compañía lo requiera.
4. Original o copia legalizada del Atestado Policial o Resolución Final de Fiscalía.
5. Resultado de Examen Toxicológico o Dosaje Etílico.

La documentación antes mencionada deberá ser presentada a la Compañía de Seguros o al Comercializador.

La Compañía de Seguros cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro una vez presentada la solicitud de cobertura. En caso la Compañía de Seguros requiera aclaraciones adicionales a la documentación presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días, desde la presentación de todos los documentos detallados en la Póliza. Esto suspenderá el plazo para evaluar el siniestro, hasta que se brinden las aclaraciones solicitadas.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el pago de la suma asegurada se realizará, a manera de indemnización, a favor de la sucesión intestada o testamento del asegurado, por lo que los beneficiarios deberán presentar la copia legalizada de la sucesión intestada o testamento, según corresponda, inscrita en los Registros Públicos.

Las coberturas del contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. Para las coberturas de muerte, el plazo de 10 años se computa desde que el beneficio es conocido por el Beneficiario.

REQUISITOS ESPECÍFICAS PARA LA CLÁUSULA ADICIONAL Fallecimiento

Adicionalmente a los requisitos solicitados en la Cláusula N° 10 del Condicionado General, para la activación de la presente cláusula adicional se deberá de presentar los siguientes documentos:

1. Original o copia legalizada del certificado médico de defunción, en formato oficial completo.
2. Historia Clínica completa, en caso corresponda.
3. Original o copia legalizada de la Partida o Acta de defunción.
4. Copia certificada del Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda.
5. Original o copia certificada del Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.

PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS

Los requerimientos y reclamos serán recibidos vía llamada telefónica, página web o en cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente. La respuesta de los mismos será comunicada al Asegurado o Contratante en un periodo no mayor de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud, mediante el medio acordado.

Centro de Atención al Cliente:

Llámanos al: (01) 500-0000

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Chatea con nosotros: www.interseguro.com.pe

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Atención Presencial:

Dirección Luis Fernán Bedoya Reyes 3071, San Isidro – Lima.

Lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS Y MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Las instancias habilitadas, tanto para asegurados como beneficiarios, para presentar reclamos y/o denuncias son:

- Defensoría del Asegurado por montos menores a US\$ 50,000.00, y que sean de competencia de la Defensoría del Asegurado, según detalla el reglamento de dicha entidad (web: www.defaseg.com.pe, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro, Lima – Perú; Telefax: 421-0614).
- El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (Dirección: Calle La Prosa S/N San Borja, web: www.indecopi.gob.pe).
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840.
- El mecanismo de solución de controversias a emplear será la Vía Judicial para toda controversia, disputa, litigio, o discrepancia entre el Asegurado, Contratante, Beneficiarios y la Compañía de Seguros.

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O COASEGURO

NO APLICA

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Consentimiento para Tratamiento de Datos Personales

Conforme a la Ley de Protección de Datos Personales, Ley 29733, y su Reglamento, Decreto Supremo 3-2013-JUS, a través de este documento Interseguro Compañía de Seguros S.A. ("Interseguro"), con domicilio en XXXXX, informa sobre los alcances del tratamiento[1] de los datos personales que nos facilita con ocasión a la contratación de su seguro.

TRATAMIENTO NECESARIO:

Usted, como Asegurado, otorga a Interseguro su consentimiento previo, informado, expreso e inequívoco para realizar el tratamiento de sus datos personales y sensibles ("Datos Personales"), para la evaluación de riesgo, celebración del contrato, procesamiento y actualización de datos, gestión de cobranzas y cargo de primas, envío de correspondencia y comunicaciones, evaluación y pago de siniestros, entre otros que conforman la ejecución de la relación contractual.

Los Datos Personales serán almacenados en el banco de datos "Clientes" de titularidad de Interseguro, inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales, donde se tratarán hasta que usted revoque formalmente su consentimiento. Los Datos Personales son necesarios para poder ejecutar el contrato de seguro. Usted tiene derecho de revocar su consentimiento en cualquier momento, no obstante, si lo hace durante la vigencia del contrato, Interseguro no podrá cumplir con sus obligaciones derivadas del contrato.

Interseguro podrá transferir a nivel nacional [2] e internacional [3] los Datos Personales a terceros que realizarán actividades relacionadas a la ejecución de la relación contractual por encargo de Interseguro.

TRATAMIENTO OPCIONAL:

Usted, como Asegurado, dependiendo de la opción que marque al final de este casillero, puede otorgar de forma libre, expresa, previa e inequívoca, su consentimiento para que Interseguro transfiera los Datos Personales a las empresas de su grupo económico - Intercorp[4], y para que Interseguro y dichas empresas puedan, respecto a sí mismas: tratar sus Datos Personales con la finalidad de ofrecer, enviar información y publicidad sobre productos y servicios, ofertas y promociones, sea de forma directa o a través de terceras empresas contratadas para tales finalidades, a través de medios personalizados o de sistemas de comunicación masiva; así como para que Interseguro realice estudios de mercado y elaboración de perfiles de compra. Este Tratamiento es Opcional y se realizará hasta el momento en que usted revoque el consentimiento.

| | | | |
|--------------|--|--------------|--|
| Asegurado | | | |
| Sí acepto | | No acepto | |

Para el Tratamiento Necesario y el Tratamiento Opcional:

Interseguro le informa que usted puede ejercer de forma libre, gratuita y en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de Datos Personales, mediante el envío de una comunicación a servicios@interseguro.com.pe o en la Av. Paseo de la Republica 3071, San Isidro, Lima, Perú, conteniendo lo siguiente: a) nombres y apellidos del titular del derecho y acreditación de los mismos. En caso de actuar a través de representante legal, deberá, adicionalmente, adjuntar copia del DNI del representante legal y del título que acredite la representación; b) Petición concreta que da lugar a la solicitud; c) domicilio o dirección electrónica, a efectos de recibir las respuestas o notificaciones; d) Fecha y firma (no aplica firma si es por vía de correo electrónico); e) Documentos que sustenten la petición, de ser el caso. Interseguro atenderá las solicitudes cumpliendo con los plazos y formalidades que establece la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

IMPORTANTE:

- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la Póliza a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días desde la fecha en que La Compañía o Entidad Financiera recibe la solicitud presentada por el Asegurado.
- Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiarios a la Entidad Financiera, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubieran presentado a La Compañía y se entienden recibidas en la misma fecha; así como los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago a la Entidad Financiera se consideran abonados a La Compañía en la fecha de realización del pago.
- La empresa es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- La empresa es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

Firma del Contratante

Representante de La Compañía

En señal de conformidad a todos los acuerdos anteriormente mencionados, suscribo la presente:

[1] La Ley de Protección de Datos Personales define al tratamiento de datos personales como cualquier operación o procedimiento técnico, automatizado o no, que permite la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción, consulta, utilización, bloqueo, supresión, comunicación por transferencia o por difusión o cualquier otra forma de procesamiento que facilite el acceso, correlación o interconexión de los datos personales.

[2] Banco Internacional del Perú S.A.A. – Interbank (Av. Carlos Villarán 140, La Victoria, Lima, Perú) para comercialización de productos; Affinity Latam Solutions S.A.C. (Av. Santo Toribio Nro. 115 Int. Pis8, Lima, Perú) para recaudación de primas; Hernán Santiago Christiansen Briceño (Loma Flor 197, Dpto. 301, Surco, Lima, Perú), Hugo Ramón Guillermo Razuri Ramírez (C. los Sauces 260, La Molina, Lima, Perú) para

evaluación médica; Olva Curier S.A.C. (Av. Gral. Alvarez de Arenales Nro. 1775, Lince, Lima, Perú) para distribución de cartas de siniestros; Gestión de Soluciones Digitales S.A.C. (Av. Petit Thouars Nro. 4957, Miraflores, Lima, Perú) para digitalización de documentos; Iron Mountain Perú S.A. (Av. Elmer Faucett 3462, Callao, Perú) para custodia de documentos físicos; Enotria S.A. (Av. Nicolás Ayllón 2890 Ate Vitarte Lima 3 – Perú) para generación, impresión y distribución de pólizas y EECC; Masterbase Perú S.A.C. (C. Los Zorzales 160, Piso 3, San Isidro, Lima, Perú) para envío de pólizas por correo electrónico e Intico Perú S.A.C. (C. Manuel Gonzáles Olaechea 338, Int. 101, San Isidro, Lima, Perú) para envío de información por SMS.

[3]No Aplica

[4] Banco Internacional del Perú S.A.A. – Interbank (Av. Carlos Villarán 140, La Victoria, Lima, Perú), Interfondos S.A. Sociedad Administradora de Fondos (Av. Carlos Villarán 140, Piso 6, La Victoria, Lima, Perú), Financiera Oh! S.A. (Av. Aviación 2405, Piso 9, San Borja, Lima, Perú), Tiendas Peruanas S.A. (Av. Aviación 2405, Piso 7, San Borja, Lima, Perú), Inteligo Sociedad Agente de Bolsa S.A. (Av. Rivera Navarrete 501, Piso 21, San Isidro, Lima, Perú), Supermercados Peruanos S.A. (C. Morelli 181, Piso 2, San Borja, Lima, Perú), Real Plaza S.R.L. (Av. Punta del Este 2403, Piso 2, Jesús María, Lima, Perú), Inretail Pharma S.A. (Av. Defensores del Morro 1277, Chorrillos, Lima, Perú), Colegios Peruanos S.A. (Av. Carlos Villaran 140, Piso 7, La Victoria, Lima, Perú), Universidad Tecnológica del Perú S.A.C (C. Natalio Sánchez 125, Lima, Perú)

CONDICIONADO GENERAL DE SERVICIOS - ASISTENCIAS

| | |
|---------------------|------------------------------|
| Nombre del Programa | : PROGRAMA INTERSEGURO SALUD |
| Código de Programa | : 185 |
| Fono de Asistencia | : (511) 640-8484 |
| Fecha de Inicio | : 23/10/2023 |

| ASISTENCIA MEDICA | MONTO MAXIMO (EN SOLES) | MAXIMO DE EVENTOS AL AÑO |
|---|-------------------------|-------------------------------|
| AMBULANCIA POR EMERGENCIAS | HASTA S/ 350.00 | 2 EVENTOS |
| REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE | HASTA S/.100 | 2 EVENTOS |
| SEGUIMIENTO VIRTUAL POST ACCIDENTE - TELEMEDICINA GENERAL | SIN LÍMITE | 2 EVENTOS |
| ORIENTACION MEDICA TELEFONICA 24 HORAS | SIN LÍMITE | SIN LÍMITE |
| CONSULTA VIRTUAL - TELEMEDICINA GENERAL | SIN LÍMITE | 2 EVENTOS |
| ENVÍO Y COORDINACIÓN DE MÉDICOS A DOMICILIO | CO PAGO S/ 35.00 | 4 EVENTOS |
| ENTREGA DE MEDICAMENTO GENÉRICO POST CONSULTA A DOMICILIO O TELEMEDICINA (TRATAMIENTOS NO MAYORES A 10 DÍAS) | HASTA S/ 100.00 | 12 EVENTOS |
| CHEQUEO PREVENTIVO | | |
| HEMOGRAMA COMPLETO | | |
| GRUPO SANGUINEO Y RH | | |
| COLESTEROL | | |
| TRIGLICERIDOS | | |
| ORIENTACIÓN MÉDICA PARA LECTURA DE RESULTADOS | | |
| CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA EN MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDAD | | |
| NO INCLUYE: PSIQUIATRÍA, ODONTOLOGÍA, INFECTOLOGÍA, PROCTOLOGÍA, MASTOLOGÍA | SIN LÍMITE | 12 EVENTOS |
| MEDICAMENTOS GENÉRICOS DERIVADOS DE LA CONSULTA MÉDICA (TRATAMIENTOS NO MAYORES A 15 DÍAS) No aplica reembolso de recetas | SIN LÍMITE | 12 EVENTOS |
| EXÁMENES DERIVADOS DE CONSULTA MÉDICA | HASTA S/ 150.00 | 4 EVENTOS (1 cada 3 meses) |
| SEGUIMIENTO EN LÍNEA DE TOMA DE MEDICAMENTOS | SIN LÍMITE | SIN LÍMITE |

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIA

1. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

- Estos términos y condiciones regulan las características generales, coberturas y exclusiones de los servicios de asistencia incluidos en el Programa INTERSEGURO SALUD, en adelante, “Programa” ofrecida por American Assist International Perú S.A.C. en adelante “ADDIIVA PERÚ”.
- ADDIIVA PERÚ le brindará al titular servicios de asistencia las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año a través de ADDIIVA PERÚ y acorde a lo establecido en el Programa. Por ello, es necesario que ADDIIVA PERÚ disponga de los recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier emergencia o solicitud de referencias, sujetándose al Programa.

2. DEFINICIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA

Los términos señalados a continuación que se encuentren aquí definidos tendrán los significados que se le atribuyen a los mismos en este documento de Términos y Condiciones del Servicio.

- TITULAR:** Son los suscriptores o clientes que hayan contratado el Programa de asistencia a través del canal definido. El servicio sólo puede ser contratado por el Titular.

- b) **BENEFICIARIO:** Integrante de la familia, esposa, cónyuge, hijos menores de 18 años, padres (adulto mayor) y/o trabajadores del hogar, registrados como beneficiarios al momento de adquirir el programa.
- c) **EVEN TO:** El hecho que, ocurrido en un mismo momento, produce el daño, avería, desperfecto en una única oportunidad con la asistencia.
- d) **PERIODO DE VIGENCIA:** Período durante el cual se consideran activos los servicios del Programa.
- e) **PROVEEDOR:** Tercero que, por cuenta de **ADDI UVA PERÚ**, presta directamente los Servicios al Titular.
- f) **RESIDENCIA PERMANENTE:** El domicilio habitual que el titular en la ciudad de Lima, Perú informe o haya informado o cualquier otro domicilio que el titular haya notificado a **ADDI UVA PERÚ** con posterioridad a su afiliación al programa y registrado en los sistemas de **ADDI UVA PERÚ**, siempre que se encuentre dentro del territorio del Perú. Este domicilio será considerado como del titular para los efectos de los Servicios de asistencia, con máximo 1 (un) domicilio registrado y con máximo de 1(un) cambio de domicilio por semestre de vigencia.
- g) **SERVICIOS:** Los servicios de asistencia contemplados y descritos en el Condicionado de Producto.
- h) **SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Todo hecho o acto, accidente, ocurrido al titular y/o beneficiarios que estando dentro de los términos y con las características y limitaciones establecidas en el Condicionado del Producto, den derecho a solicitar la prestación de los Servicios.
- i) **SOLES:** La moneda de curso legal vigente en Perú

3. DETALLE DE COBERTURAS Y EXCLUSIONES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA

ASISTENCIA MÉDICA

AMBULANCIA POR EMERGENCIA

En caso de que el titular o asegurado adicional, sufra un accidente y/o enfermedad grave que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran de una atención médica inmediata o su hospitalización, ADDI UVA gestionará el traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, ADDI UVA coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad. Este servicio se brindará hasta el valor máximo del tope de cobertura del programa.

Exclusiones del servicio:

- Zona donde no exista la infraestructura necesaria para el traslado del paciente
- Ambulancias programadas
- Dolencias derivadas del embarazo
- Retiro de pacientes de hospitales o clínicas

REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

Servicio orientado a realizar el reintegro económico por gastos en medicamento a consecuencias de un accidente, este servicio se brindará hasta el tope de cobertura siempre y cuando existan los documentos contables que sustenten dicho gasto y la receta del médico tratante, para requerir este servicio el afiliado o asegurado adicional deberá de comunicarse con la central telefónica dentro de las 24 horas de ocurrido el accidente.

Exclusiones del servicio:

- Productos de limpieza y/o aseo personal
- Vitaminas y/o productos energizantes
- Inyectables y/o sondas

SEGUIMIENTO VIRTUAL POST ACCIDENTE – TELEMEDICINA GENERAL

Servicio de TELEMEDICINA que proporciona ayuda al titular o asegurado adicional posterior al accidente,

este servicio será brindado por un profesional médico, quien aconsejara tratamientos que pudieran ayudar a mejorar la salud del titular. **ADDIUVA** se exime de toda responsabilidad por los actos u omisiones que pudiera concretar el TITULAR después de la Telemedicina.

Exclusiones del servicio:

- Exámenes complementarios, procedimientos.
- Atención de urgencias o emergencias.
- Emisión de descanso médicos.

ORIENTACION MEDICA TELEFONICA

Servicio de orientación médica telefónica proporcionado por profesionales del área de la salud, orientado a responder las inquietudes efectuadas por él titular o asegurado adicional, en búsqueda de una orientación en Medicina General tales como enfermedades, dolencias, síntomas, malestares, imprevistos de salud.

ADDIUVA PERÚ se exime de toda responsabilidad por los actos y/u omisiones que pudiera concretar el titular o asegurado adicional posterior de la orientación telefónica.

Exclusiones del servicio:

- Prescripción de medicamentos
- Diagnóstico de enfermedades y/o accidentes
- Emisión de licencias médicas.

TELEMEDICINA EN (MEDICINA GENERAL)

El servicio de TELEMEDICINA pone a disposición del titular o asegurado adicional, un staff de profesionales en Medicina General a través de videoconferencia. El profesional podrá aconsejar y recomendar opciones de tratamiento. Para la entrega de este servicio el cliente deberá contar con acceso a internet estable. **ADDIUVA** se exime de toda responsabilidad por los actos u omisiones que pudiera concretar el TITULAR o asegurado adicional después de la Telemedicina.

Exclusiones del servicio:

- Exámenes complementarios, procedimientos y/o tratamientos.
- Atención de urgencias o emergencias.
- Emisión de descanso médicos

MEDICO A DOMICILIO (MEDICINA GENERAL)

A solicitud del titular o asegurado adicional, ADDIUVA, a través de su red de profesionales, ubicará a un médico, en Medicina General para que pueda asistir en su domicilio, . El profesional podrá aconsejar y recomendar opciones de tratamiento al igual que emitir recetas simples.

Exclusiones del servicio:

- Atención de Urgencias y/o emergencias.
- Atención en especialidades.

ENTREGA DE MEDICAMENTO GENÉRICO POST CONSULTA A DOMICILIO O TELEMEDICINA (TRATAMIENTOS NO MAYORES A 10 DÍAS)

Cuando a raíz de la consulta en Telemedicina y Médico a domicilio, el profesional de la salud recete medicamentos que deriven de la misma, estos serán cubiertos por ADDIUVA hasta el tope de la cobertura del programa. (Tratamientos no mayores a 10 días).

Exclusiones del servicio:

- Medicamentos de marca
- Productos de limpieza y/o pañales
- Inyectables y/o sondas

CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL

A través de esta asistencia el titular o asegurado adicional podrá solicitar el servicio de chequeo anual (preventivo). Esta prestación considera los honorarios del médico profesional, Hemograma completo, Grupo Sanguíneo, examen de colesterol y triglicéridos.

Este servicio podrá ser solicitado al cumplimiento el segundo mes de afiliación.

Exclusiones del servicio:

- Atenciones o controles posteriores a la primera atención.
- Exámenes y medicamentos.
- Cualquier otro examen no considerado en los servicios en cobertura.

CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA EN MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDAD

Cuando el titular o asegurado adicional requiera realizar una consulta médica general ambulatoria, ADDIUVA coordinará con los centros médicos afiliados a su red, para que sea atendido, Este servicio será programado y cubierto por ADDIUVA a través del programa de salud.

Exclusiones del servicio:

- Consultas en la especialidad de Psiquiatría
- Consultas en la especialidad de Odontología
- Consultas en la especialidad de Infectología
- Consultas en la especialidad de Proctología
- Consultas en la especialidad de Mastología
- Exámenes, Imágenes y/o placas solicitadas en la consulta médica.
- Cualquier otro examen no considerado en los servicios en cobertura.

MEDICAMENTOS GENERICOS DERIVADO DE LA CONSULTA MÉDICA

Cuando a raíz de la consulta médica ambulatoria el profesional de la salud recete medicamentos que deriven de la misma, estos serán cubiertos por ADDIUVA. (Tratamientos no mayores a 15 días).

Exclusiones del servicio:

- Medicamentos de marca
- Productos de limpieza y/o pañales
- Inyectables y/o sondas

EXAMENES DERIVADOS DE LA CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA

Cuando a raíz de la consulta médica ambulatoria, el profesional de la salud derive a Exámenes tales como (Hemograma completo, Glucosa, Orina) estos serán cubiertos por ADDIUVA hasta el tope de la cobertura del programa.

4. OTRAS CONDICIONES CONTRACTUALES:

EXCEDENTES

Se consideran excedentes todos aquellos gastos adicionales al valor tope de servicio de la asistencia, ya sea por un servicio adicional o porque el trabajo a realizar incluye gastos mayores. El excedente será pagado en forma inmediata por el Titular con sus propios recursos al prestador del servicio

5. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS DE ASISTENCIAS

No son objetos de los Servicios, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- Los servicios se prestarán siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada en la localidad correspondiente.
- Cuando en el país, se decrete un estado de emergencia, inmovilización civil (toque de queda) a causa de un desastre natural, pandemia, epidemia y/o otros que atenten contra la salud y el bienestar público.
- La mala fe del titular o del Beneficiario comprobada por el personal de Asistencia.
- Los servicios que el titular o el Beneficiario haya contratado sin previo consentimiento e información de la Asistencia.
- Actos realizados por el titular o el Beneficiario con dolo o mala fe comprobado por la asistencia.
- Cuando el titular o el Beneficiario no proporcionen información veraz y oportuna, por lo que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Cuando se reporte la emergencia en un plazo superior al tiempo indicado en cada cobertura.

6. OBLIGACIONES DEL USUARIO

A fin de que el titular o sus Beneficiarios pueda(n) disfrutar los servicios del Programa, deberá(n) cumplir con lo siguiente:

- Abstenerse de realizar gastos o arreglos de forma particular sin haber consultado previamente con el encargado responsable de ADDIUVA.
- Informar a la asistencia del evento en un plazo NO superior al tiempo indicado en cada cobertura.
- Identificarse como Titular o sus Beneficiario ante los encargados de ADDIUVA o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

7. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

En caso el Titular requiera de los servicios contemplados en el Programa, se procederá de la siguiente manera:

- El titular que requiera del servicio se comunicará al siguiente número de contacto: (511) 640- 8484
- El titular debe reportar la solicitud de asistencia en el momento que requiera la asistencia.
- El Titular procederá a suministrar al funcionario que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como titular, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como la ubicación exacta.

8. CARENCIA DE SOLICITUD DE SERVICIOS

- De acuerdo al cuadro de cobertura.

9. RESTITUCIÓN DE GASTOS

Únicamente cuando se cumplan las siguientes condiciones el titular tendrá derecho a algún tipo de reembolso:

- a) Obligatorio y excluyente, haberse comunicado con la línea de asistencia.
- b) Obligatorio y excluyente haber solicitado antes de contratar un servicio cubierto por el presente condicionado, una autorización de la asistencia, la cual deberá pedirse por teléfono, sólo cuando la compañía de asistencia no pueda prestar el servicio y se encuentre esto justificado.
- c) Una vez autorizada la solicitud previa, se enviará al Titular un mail con el procedimiento para hacer efectivo el reembolso.

- d) En ningún caso la compañía de asistencia realizará una restitución económica sin que al Titular haya remitido las facturas originales correspondientes (con detalle de prestación) y éstas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley
- e) En ningún caso la compañía de asistencia realizará una restitución económica sin que al Titular haya solicitado el servicio a través de la plataforma de asistencia.
- f) El Titular tiene un plazo de 07 días calendario, para hacer llegar la documentación original, para hacer efectivo el cobro de la restitución económica, pasado este tiempo no tendrá lugar a este beneficio.

ANEXO

1. RED DE CLÍNICAS

| CLINICA | PROVINCIA | CLINICA | PROVINCIA |
|---|-------------|--|---------------|
| CLINICA PROVIDENCIA | Lima | CLINICA HOLISTICA | Pasco |
| CLINICA SAN PABLO - SURCO | Lima | CLINICA LA LUZ (TACNA) | Tacna |
| CLINICA SAN GABRIEL (RED SAN PABLO) | Lima | CLINICA TRAMAZON | Iquitos |
| CLINICA SANTA MARTHA DEL SUR SAC | Lima | CLINICA TRESA | Piura |
| CLINICA NUEVO SAN JUAN BAUTISTA (RED SAN PABLO) | Lima | CLINICA VIRGEN DEL ROSARIO | ICA |
| CLINICA JESUS DEL NORTE SAC (RED SAN PABLO) | Lima | CLINICA DEL SUR S.A.C. | Moquegua |
| CLINICA LA MERCED SAC (RED SAN PABLO) | La Libertad | CLÍNICA ORTEGA S.R.L | Huancayo |
| CLINICA SAN PABLO HUARAZ (RED SAN PABLO) | Huaraz | CLINICA DR VICTOR PAREDES E.I.R.L | CUSCO |
| CLINICA CERRO COLORADO S.A.C.(RED SAN PABLO) | Arequipa | CLINICA MEDICAL CUSCO SAC | CUSCO |
| CLINICA MAISON DE SANTE - CHORRILLOS | Lima | CENTRO MEDICO SINAI | Lambayeque |
| CLINICA MAISON DE SANTE - SURCO | Lima | HOSPITAL PRIVADO JUAN PABLO II | Lambayeque |
| CLINICA MAISON DE SANTE - CERCADO | Lima | CENTRO MEDICO FONSECA BRICEÑO | San martin |
| CLINICA SAN MIGUEL | Lima | AMAZON DENTAL CARE | Iquitos |
| CLINICA BELLAVISTA (RED AUNA) | Callao | CENTRO NEUROQUIRURGICO DE LA SELVA S.A.C. | SAN MARTIN |
| CLINICA MARIA DEL SOCORRO | Lima | CLINICA LIMATAMBO - SAN ISIDRO | Lima |
| CLINICA GUADALUPE | Lima | CLINICA LIMATAMBO CAJAMARCA | Cajamarca |
| CLINICA GOOD HOPE | Lima | CLINICA LIMATAMBO CALLAO | Callao |
| CLINICA HIGUERETA | Lima | CLINICA SAN MARTIN | SAN MARTIN |
| CLINICA UNIVERSITARIA | Lima | CORPORACION GESTORES MEDICOS S.A.C | Lima |
| CLINICA SANTA MARIA DE CHIMBOTE | Ancash | CORPORACION GESTORES MEDICOS S.A.C | Lima |
| CLINICA SANTA ROSA DE SULLANA | Piura | CORPORACION GESTORES MEDICOS S.A.C | Lima |
| CLINICA PROSALUD - PUNO | Puno | FMC MEDICAL CENTER | Lima |
| CLINICA EL NAZARENO | Ayacucho | FMC MEDICAL CENTER | Huaraz |
| CLINICA CORPOMEDIC SAN MARTIN | San Martin | FMC MEDICAL CENTER | Madre de dios |
| CLINICA MONTEFIORI | Lima | POLICLINICO SANTA MARIA MAGDALENA | Ayacucho |
| CLINICA DE CORTA ESTANCIA ROCA | Huanuco | DIAGNOSCAN - LIMA | Lima |
| INVERSIONES DI FLORIO SAC (CLINICA TATAJE) | Ica | DIAGNOSCAN - SANTIAGO DE SURCO | Lima |
| LA ESPERANZA DEL PERU SA SANNA | Lima | DIAGNOSCAN - CHORRILLOS | Lima |
| CENTRO CLINICO TALARA - SANNA | Piura | MULTILAB | Lima |
| CLINICA MONTELUZ | Lima | CLÍNICA LAS AMÉRICAS | Ucayali |
| CLINICA EL GOLF SANNA | Lima | CLÍNICA SAN JOSÉ SAC | CUSCO |
| CLINICA CHORRILLOS | Lima | CLÍNICA PARDO SAC | CUSCO |
| CLINICA SAN MARCOS | Lima | CENTRO MÉDICO VINALI | Lambayeque |
| CLINICA PROSALUD CHOTA | Cajamarca | CENTRO MÉDICO CENTIR | huacho |
| CLINICA CAYETANO HEREDIA | Junin | UNILABS LABORATORY DIAGNOSTICS SERVICES S.A | Lima |
| CLINICA SANTA ANA | La Libertad | CENTRO MEDICO BLAU SAC | Lima |
| CLINICA SAN JUDAS TADEO | Lima | LABORATORIO QUALAB S.A.C | Lima |
| CLINICA VERSALLES | Lima | INVERSIONES MEDICAS BIENVITAL | Ayacucho |
| CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS | Lima | CSO- CENTRO DE SALUD OCUP - SAN PABLO - SEDE SURCO | Lima |
| CLINICA VIRGEN ASUNTA | Amazonas | CSO- CENTRO DE SALUD OCUP - SAN PABLO - SEDE CLINICA SAN GABRIEL | Lima |

| | | | |
|--|---------------|--|-----------|
| CLINICA SANTA TERESA | Apurimac | CSO- CENTRO DE SALUD OCUP - SAN PABLO - SEDE JESUS DEL NORTE | Lima |
| CLINICA MONTE CARMELO | Arequipa | CSO- CENTRO DE SALUD OCUP - SAN PABLO - SEDE TRUJILLO | trujillo |
| CLINICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA | Arequipa | CSO- CENTRO DE SALUD OCUP - SAN PABLO - SEDE AREQUIPA | arequipa |
| CLINICA SANTA BEATRIZ | Lima | CSO- CENTRO DE SALUD OCUP - SAN PABLO - SEDE HUARAZ | Huaraz |
| CLINICA ALIVIARI | Arequipa | POLICLINICO JIREH S.A.C. | Ancash |
| CLINICA PERUANO SUIZA | Cuzco | CLINICA ANTONIO RAIMONDI | Lima |
| CLINICA MAS SALUD | Ica | CENTRO MEDICO MEDISIS | Lima |
| CLINICA SEÑOR DE LUREN DE ICA | Ica | CLINICA DE LA FAMILIA | Tumbes |
| CLINICA SANTO DOMINGO | Junin | CLINICA MONTE HOREB | Ucayali |
| CLINICA SANTA ANA S.A.C. | La libertad | CLINICA DEL SUR – RED SANNA (EX CLÍNICA GALENO) | AREQUIPA |
| SANNA CLINICA SANCHEZ FERRER | La libertad | CLINICA PERUANA DE LOS ANDES | Apurimac |
| CLINICA VIRGEN DE LAS NIEVES | Loreto | CLINICA BELEN S.A.C | Ancash |
| CLINICA SAN JUAN | Iquitos | CLINICA JOCKEY SALUD / CENTROS MEDICOS DEL PERU | Lima |
| CLINICA SELVA AMAZONICA | Iquitos | CLINICA CAMPOS | Ica |
| CLINICA DE DIOS | Madre de dios | CLINICA INMACULADA CONCEPCION | PIURA |
| CLINICA GONZALES | Pasco | CLINICA LA LUZ | Lima |
| SANNA CLINICA BELEN | Piura | CLINICA SAN JUAN | Cajamarca |
| CLINICA MONTE SINAI | Puno | CLINICA SANTA EMILIA | PIURA |
| CLINICA SALDAÑA | San martin | CLINICA BELLO HORIZONTE | PIURA |
| SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD SANTA ANA SAC (CLINICA ISABEL) | Tacna | | |