

## CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Conste por el presente documento el Contrato de Aseguramiento en Salud (en adelante, el CONTRATO) que celebran de una parte la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud denominada Fesalud S.A., con Registro Único de Contribuyente N°20565963725, y domicilio en Av. Javier Prado Este N°3580, San Borja, Lima, quien actúa representada por la señora Corina Isabelle Cinthia Carolina Regalo García, identificada con Documento Nacional de Identidad N°40795533, quien actúa facultada según poder inscrito en la Partida N°13310535 del Registro de Personas Jurídicas de Lima y a quien en adelante se denominará FESALUD; y, de la otra parte, la persona señalada en la Sección Primera del Anexo “Condiciones Particulares” del presente CONTRATO, a quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE, quien procede por su propio derecho y/o en representación de sus trabajadores, derechohabientes y/o dependientes con la finalidad de contratar la cobertura complementaria de salud ofertada por FESALUD para quienes en adelante se denominarán como los AFILIADOS o el AFILIADO según corresponda, en los términos y condiciones siguientes:

### CONDICIONES GENERALES

#### **CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO**

En virtud del presente CONTRATO, FESALUD otorga a los AFILIADOS 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.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA: CONTENIDO**

El CONTRATO 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. FESALUD, 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, 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 las IAFAS. Este documento se encuentra contenido en la Sección Quinta del Anexo “Condiciones Particulares”.
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. La información consignada se muestra en la Sección Segunda del Anexo “Condiciones Particulares”.
5. Relación de Afiliados: Documento que contiene la relación detallada de LOS AFILIADOS al PLAN DE SALUD contratado, la cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en el CONTRATO y las normas de aseguramiento en salud. Este documento se encuentra contenido en la Sección

Segunda del Anexo “Condiciones Particulares”.

A su vez, el CONTRATO se encuentra integrado por los siguientes Anexos:

- Anexo 1: Condiciones y Procedimiento para la Atención Médica
- Anexo 2: Exclusiones
- Anexo 3: Periodos de Espera
- Anexo 4: Preexistencias
- Anexo 5: Otros Beneficios
- Anexo 6: Condiciones Particulares

### CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

Para efectos del CONTRATO y la totalidad de sus Anexos, los términos señalados a continuación se entenderán en el siguiente sentido:

- **Afiliación.** - Adscripción de una persona a un plan de salud complementario ofertado por FESALUD.
- **Afiliados.** - 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.
- **Afiliación Individual.** – Modalidad de afiliación mediante la cual el afiliado formaliza su relación de aseguramiento con FESALUD a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta. En el caso de los dependientes, FESALUD los registrará individualmente.
- **Afiliación Empresarial.** - Modalidad mediante la que cualquier organización, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con FESALUD, en calidad de contratante. En el caso de los dependientes FESALUD los registrará individualmente.
- **Afiliación Corporativa** - Modalidad de afiliación mediante la cual el afiliado que forma parte de una empresa formaliza su relación de aseguramiento con FESALUD a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta, con facilidades de pago que otorga la empresa donde labora, para que los pagos de los aportes se realicen mediante el descuento por planilla.
- **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 FESALUD. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de FESALUD de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que garantice seguridad.
- **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.
- **Anexos.** - Son los documentos señalados en la Sección Primera, los cuales se adjuntan al presente CONTRATO y forman parte integrante del mismo.
- **Aporte.** - Contraprestación anual de cargo del CONTRATANTE a favor de FESALUD, por los beneficios del PLAN DE SALUD contratado. El Aporte será cancelado en la forma

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

y periodicidad señalada en este CONTRATO y sus Anexos.

- **Atención Médica a Domicilio.** - Servicio orientado al manejo de enfermedades agudas de baja complejidad, que no son consideradas como emergencias, brindadas por parte de un médico en la comodidad del hogar del afiliado. Solo está disponible en las especialidades señaladas en la Red Prestacional, y siempre que lo incluya el PLAN DE SALUD contratado.
- **Atención Médica Ambulatoria.** - Son las Prestaciones de Salud que no requieren de hospitalización o internamiento. No se incluye Prestaciones de Salud que impliquen procedimientos o intervenciones quirúrgicas en sala de operaciones. Tampoco se encuentran incluidas aquellas Prestaciones de Salud consideradas como EMERGENCIA, pero sí incluye la atención de Urgencias. Esta cobertura sólo procede cuando expresamente hubiese sido incluida en el PLAN DESALUD la misma que puede ser: (i) Con Orden de Referencia; o, (ii) Sin Orden de Referencia. Estas atenciones pueden realizarse de manera presencial o a través de Teleconsultas.
- **Atención Médica Hospitalaria.** - Son las Prestaciones de Salud que implican la hospitalización o internamiento de los AFILIADOS, con la finalidad que se le preste un tratamiento dentro del Establecimiento de Salud y/o sea objeto de algún tipo de intervención quirúrgica en sala de operaciones con o sin internamiento. Esta puede ser a su vez: a consecuencia de una emergencia o programada.
- **Atención Médica Hospitalaria a Consecuencia de una Emergencia.** - Esta cobertura solo procede si la atención médica hospitalaria es el resultado de una emergencia. Solo aplica cuando expresamente hubiese sido incluida en el PLAN DE SALUD.
- **Atención Médica Hospitalaria Programada.** - Esta cobertura procede cuando la atención médica hospitalaria no es el resultado de una emergencia. Solo aplica cuando expresamente hubiese sido incluida en el PLAN DE SALUD.
- **Beneficiario:** Persona residente en el país que están 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
- **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, contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.
- **Cobertura Máxima Anual.** - La cobertura máxima anual corresponde a la cobertura máxima por paciente, por enfermedad y por año. Monto que deberá estar basado en un estudio actuarial, el cual permita la sostenibilidad del **PLAN DE SALUD**. La suma a la que asciende la Cobertura Máxima Anual por AFILIADO se encuentra señalada en la Tabla de Beneficios del PLAN DE SALUD.

En caso el AFILIADO antes de la conclusión del año contractual hubiese agotado el total de la Cobertura Máxima Anual, la cobertura y/o beneficios serán suspendidos hasta la fecha de inicio de la renovación anual.

- **Cobertura Particular.** - Importe máximo anual que se ha fijado según sea el caso en cada PLAN DE SALUD para determinadas Prestaciones de Salud. En los casos en que se haya fijado una Cobertura Particular será éste el monto máximo de cobertura para dicha Prestación de Salud. No obstante, queda aclarado que la Cobertura Particular **no es una cobertura adicional** y, por lo tanto, los gastos derivados de los procedimientos

#### PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

que cuenten con este tipo de cobertura serán deducidos de la Cobertura Máxima Anual. Las Coberturas Particulares se encuentran expresamente señaladas en los procedimientos que correspondan, dentro de la Tabla de Beneficios del PLAN DE SALUD.

- **Continuidad de Cobertura.** - Reconocimiento del tiempo de permanencia en el contrato de aseguramiento en salud inmediatamente anterior a la vigencia del CONTRATO con la misma u otra IAFAS; 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.
- **Contratante.** - Es una persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en salud con FESALUD por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. EL CONTRATANTE es el único responsable frente a FESALUD por el incumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los AFILIADOS.
- **Copago.** - Es la parte o porcentaje del costo que corresponde ser asumido y cancelado por el AFILIADO, por las Prestaciones de Salud que se presten bajo la cobertura del PLAN DE SALUD contratado. El Copago, 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 el Establecimiento de Salud respectivo.
- **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.
- **Días Calendario.** - La totalidad de días del año, sin exclusiones.
- **Días Hábiles.** - Aquellos días consecutivos, excluyendo del cómputo aquellos no laborables y feriados de orden nacional o regional.
- **Emergencia.** - 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.  
  
Las EMERGENCIAS pueden ser de dos tipos: (i) EMERGENCIA ACCIDENTAL; o, (ii) EMERGENCIA MEDICA Y/O QUIRÚRGICA.
- **Emergencia Accidental.** - Es la EMERGENCIA derivada de la ocurrencia de un accidente, es decir, de una acción fortuita e imprevista ocasionada por un evento externo ajeno al AFILIADO e independiente a su voluntad y que **no** está relacionada al mal funcionamiento de un órgano, parte del cuerpo o función vital del AFILIADO, ni por el imprevisto agravamiento de una enfermedad, síntoma o condición. Las Prestaciones de Salud derivadas de la EMERGENCIA ACCIDENTAL sólo están cubiertas cuando expresamente hubiesen sido incluidas en el PLAN DE SALUD.
- **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.
- **Enfermedad (es) Congénita (s).** - 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 con el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud. Forman parte de las exclusiones.

- **Establecimiento de Salud.** - Son los centros médicos, instalaciones médicas, policlínicos, clínicas, farmacias, laboratorios y/o cualquier otro tipo de establecimiento que se encuentre detallado en la Red Prestacional, los cuales prestan servicios de atención médica, incluyéndose dentro de este concepto a los profesionales médicos y técnicos que prestan tales servicios en los respectivos establecimientos.
- **Exclusiones.** - Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud.
- **Inmunizaciones.** - Consiste en la aplicación de vacunas de acuerdo con el calendario del Ministerio de Salud (MINSA), Están cubiertas cuando expresamente hubiesen sido incluidas en el PLAN DE SALUD.
- **Insumos Quirúrgicos de Alto Costo.** - Son el conjunto de elementos (herramientas o implementos) utilizados y diseñados para realizar acciones específicas en los procedimientos quirúrgicos y diseñados para realizar acciones específicas en los procedimientos o cirugías específicas, por ejemplo: mallas para la corrección de hernias abdominales, clavos y tornillos para la corrección de defectos óseos, etc. Para efectos del CONTRATO se consideran insumos quirúrgicos de alto costo, aquellos en los que el costo de este sobrepasa los S/2,500.00 nuevos soles incluido IGV.
- **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.
- **Solicitud de Afiliación:** Documento que contiene: i) Datos del Contratante; ii) Tipo de plan de salud a contratar; iii) Datos de los afiliados propuestos; iv) Declaración Jurada de Salud; v) Modalidad de pago del aporte; vi) Fecha de inicio de cobertura; y, vii) Principales condiciones para la atención médica.
- **Orden de Referencia.** - Es una autorización emitida por Fesalud para que, de acuerdo con el criterio del médico tratante de la Red de Teleconsultas o Red 1; el AFILIADO pueda atenderse en el caso cuente con la cobertura de Atención Médica Ambulatoria; y se trate de preexistencias, con algún especialista en la Red de Clínicas Afiliadas 2, 3 o 4.
- **Periodo de Espera.** - Es el periodo durante el cual el AFILIADO al PLAN DE SALUD no tiene la cobertura de algunas Prestaciones de Salud. El Periodo de Espera se inicia en la fecha de inicio de la cobertura de cada AFILIADO en forma individual y su plazo es el indicado en el Anexo "Periodos de Espera".

El servicio de ambulancia y las emergencias no presentan períodos de espera.

- **Planes de Salud.** - Se refiere a los Planes Complementarios de Aseguramiento en Salud ofrecidos por FESALUD, cuya cobertura se encuentra detallada en la Tabla de Beneficios que forma parte del Anexo "Condiciones Particulares".

El PLAN DE SALUD contratado es el señalado en el Anexo "Condiciones Particulares", aplica a todos los AFILIADOS y cubrirá únicamente las Prestaciones de Salud que en éste se hubiesen indicado.

- **Preexistencias.** - 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.
- **Prestaciones de Salud.** - Se refiere a las consultas médicas, tratamientos, exámenes, medicamentos, procedimientos, intervenciones y/o cualquier otro servicio relacionado y/o derivado de una atención médica destinada a preservar y proteger la salud,

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

incluyendo las atenciones de naturaleza preventiva.

- **Procedimientos Ambulatorios o de Cirugía Ambulatoria.** - Se refiere a todo procedimiento o cirugía que, al no ser compleja, no requiere que se realice en sala de operaciones, ni que el paciente pernocte en el Establecimiento de Salud. Puede realizarla el médico tratante dentro del consultorio o en la sala de procedimientos.
- **Programas Preventivos.** - Son Prestaciones de Salud que se realizan una vez al año, orientadas al monitoreo del desarrollo del AFILIADO, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud. Las Prestaciones de Salud de los Programas Preventivos sólo están cubiertas cuando expresamente hubiesen sido incluidas en el PLAN DE SALUD.
- **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.
- **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.
- **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.
- **Red Prestacional o Red de Atención.** - Son los Establecimientos de Salud autorizados a brindar las Prestaciones de Salud. La RED PRESTACIONAL, cuenta con diversos Establecimientos de Salud cada uno con un nivel de cobertura distinto. La RED PRESTACIONAL se encuentra detallada en el siguiente enlace: <https://www.fesalud.com.pe/planes-salud>, pudiendo variar, debiendo efectuarse en dicho supuesto la comunicación señalada en la Cláusula Novena de las Condiciones Generales.
- **Reembolso Oncológico.** - Consiste en la posibilidad de devolución que FESALUD otorga al AFILIADO por los gastos incurridos por las Prestaciones de Salud solo por el primer diagnóstico histopatológico de cáncer y su tratamiento, en los términos señalados en el Anexo "Condiciones y Procedimientos para la atención Médica". El Reembolso Oncológico solo se entenderá incluido en la cobertura cuando expresamente se hubiese señalado ello en el Plan de Salud y tendrá como límite el importe señalado en la Tabla de Beneficios.
- **Reembolso por Hospitalización.** - Consiste en la posibilidad de devolución que FESALUD otorga al AFILIADO por los gastos relacionados a las Prestaciones de Salud derivadas de una Atención Médica Hospitalaria programada, como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierta por el PLAN DE SALUD. El Reembolso por Hospitalización sólo se entenderá incluido en la cobertura cuando expresamente se hubiese señalado ello en el PLAN DE SALUD y tendrá como límite el importe señalado en la Tabla de Beneficios.
- **Registro de Afiliados.** – Registro administrativo de los afiliados 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.
- **Relación de Aseguramiento en Salud.** – Es el vínculo legal establecido entre FESALUD y los AFILIADOS para el otorgamiento de prestaciones de prevención,

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

promoción y recuperación de la salud de conformidad con lo señalado en el marco legal. La constitución de esta relación, en el caso de FESALUD, siempre es voluntaria.

- **Siniestro.** - Ocurrencia de un riesgo que da lugar a la solicitud de cobertura por parte del AFILIADO para las Prestaciones de Salud que deriven de éste.
- **Siniestralidad.** - Es la medición de la cantidad de siniestros que tuvo el AFILIADO en un periodo de tiempo.
- **SUSALUD.** - Es la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Tabla de Beneficios.** - Este documento se encuentra contenido en la Sección Quinta del Anexo “Condiciones Particulares”, en el cual se detalla las Prestaciones de Salud cubiertas, Red Prestacional, Cobertura Máxima Anual, Coberturas Particulares (si hubiese), Copagos y demás características particulares del PLAN DE SALUD.
- **Teleconsulta Médica.** - Servicio a distancia de orientación médica para problemas de salud de baja complejidad, que no son considerados como Emergencia, a través del uso de tecnologías de la información y comunicación, entre ellas, la videollamada. Este servicio solo está disponible en las redes y especialidades señaladas en la Red Prestacional y siempre que lo incluya su PLAN DE SALUD. Para acceder a este servicio se debe realizar una reserva de cita y seguir los términos y condiciones señalados por cada red. Esta cobertura solo se ofrece en la RED TELECONSULTAS.
- **Urgencia.** - Son los síntomas, condiciones, patologías y/o enfermedades de aparición fortuita y gravedad variable que no amenazan la vida del AFILIADO ni generan el riesgo de dejar secuelas invalidantes.

#### CLÁUSULA CUARTA: ANTECEDENTES

FESALUD es una persona jurídica constituida y debidamente registrada como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud ante SUSALUD, con arreglo a las disposiciones del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA y demás normas y disposiciones complementarias, cuyo objeto es el de brindar cobertura de aseguramiento en salud complementaria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) bajo la modalidad de prestación de servicios de salud prepagados.

EL CONTRATANTE es una persona natural o jurídica que de forma voluntaria ha considerado conveniente contratar para LOS AFILIADOS el PLAN DE SALUD señalado en el Anexo “Condiciones Particulares”, siendo éste el obligado al pago del aporte de tales PLANES DE SALUD.

Queda expresamente aclarado que el **PLAN DE SALUD contratado es un Plan Complementario** y, por lo tanto, EL CONTRATANTE declara expresamente y bajo responsabilidad que todos los AFILIADOS presentes o futuros del PLAN DE SALUD cuentan como mínimo con una cobertura que cubra el plan de beneficios correspondiente al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS.

#### CLÁUSULA QUINTA: COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES

- 5.1 FESALUD otorga cobertura a LOS AFILIADOS, la cual consiste en las Prestaciones de Salud comprendidas en el PLAN DE SALUD. La cobertura incluye la atención de todas las contingencias y patologías previstas en el PLAN DE SALUD conforme a lo señalado en la Tabla de Beneficios que forma parte del Anexo “Condiciones Particulares”, quedando aclarado que las condiciones y forma de acceso a las Prestaciones de Salud se encuentran descritas en el Anexo “Condiciones y Procedimientos para la Atención

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

Médica”.

- 5.2 La cobertura complementaria contratada comprende la atención de las dolencias preexistentes, siempre que se cumplan los requisitos establecidos en los 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,
- 5.3 La cobertura máxima anual corresponde a la cobertura máxima por paciente, por enfermedad y por año. Monto que deberá estar basado en un estudio actuarial, el cual permita la sostenibilidad del **PLAN DE SALUD**.
- 5.4 Todas las prestaciones serán facturadas en base al tarifario Segus y todos los medicamentos en base a los precios de venta Kairos sugeridos al público.

**Con relación a los medicamentos, el PLAN DE SALUD sólo cubre el uso de medicamentos genéricos para todos los casos.** En el caso que el ESTABLECIMIENTO DE SALUD no cuente con el medicamento genérico recetado, se trate de una Atención Ambulatoria y el AFILIADO cuente con esta cobertura, tendrá 2 opciones para adquirir el medicamento:

**a) Reembolso por medicamentos:**

El AFILIADO deberá adquirir el medicamento en presentación genérica de forma particular y posteriormente solicitar el reembolso, para lo cual necesariamente deberá adjuntar lo siguiente:

- Receta Médica, la cual deberá tener el logo, dirección y teléfono del ESTABLECIMIENTO DE SALUD afiliado a la Red Prestacional. Además, deberá contar con los datos personales del AFILIADO, diagnóstico, prescripción médica, fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.
- Comprobante de pago, el cual deberá estar a nombre del AFILIADO y ser emitido como máximo cinco (05) días hábiles posteriores a la fecha de emisión de la receta.
- Número de cuenta a nombre del Contratante o Afiliado.

El reembolso deberá requerirse a FESALUD dentro de los cinco (05) días hábiles posteriores a la adquisición del medicamento, adjuntando toda la documentación antes señalada. Transcurrido dicho plazo se perderá el derecho a solicitar el reembolso.

Una vez obtenida toda la información necesaria para la evaluación, el Área Médica de FESALUD evaluará la solicitud de reembolso y el resultado se informará al AFILIADO en un plazo no mayor a dos (02) días hábiles.

De ser aprobada la solicitud de reembolso, ésta se ejecutará a la cuenta bancaria indicada por el AFILIADO o CONTRATANTE en un plazo máximo de siete (07) días hábiles.

**b) Envío de medicamentos a domicilio:**

El AFILIADO tendrá la opción de solicitar este servicio, el cual se brindará a través de la Red de Farmacias y siempre que se supere el monto mínimo que el proveedor informe. Para ello EL AFILIADO 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, diagnóstico, prescripción médica, fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.

FESALUD evaluará la solicitud de envío de medicamentos a domicilio y se brindará la respuesta al AFILIADO en un plazo no mayor a un (01) día hábil.

Para cualquiera de las dos opciones, a) Reembolso de medicamentos o b) Envío de medicamentos a domicilio, el AFILIADO deberá comunicarse vía whatsapp al número 992 860 605 o a la central telefónica (01) 625-4680 en el horario de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.



## CLÁUSULA SEXTA: REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

Constituye un requisito previo y parte integral del CONTRATO, la suscripción de la **Solicitud de Afiliación** por parte del CONTRATANTE, en la que debe consignar la siguiente información:

1. Datos Generales del (los) AFILIADOS(S) propuesto(s);
2. Identificación y selección del Plan de Salud a contratar;
3. Modalidad de pago del aporte;
4. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD del (los) AFILIADO(S), de forma individual.

Queda aclarado que, para ser afiliado a un PLAN DE SALUD, la persona deberá contar con una edad menor a 65 años a la fecha de inicio de vigencia. Los AFILIADOS que tengan sesenta y cinco (65) o más años, sólo podrán renovar el PLAN DE SALUD.

El CONTRATANTE deberá completar y suscribir la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD adjunta a la **Solicitud de Afiliación**. En caso la **Solicitud de Afiliación** se haya efectuado por algún medio virtual o no presencial, se deberá dejar igual constancia de la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD cumpliendo lo requerido por el medio virtual.

Cualquier reticencia, falsedad, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa al estado de salud, por parte del CONTRATANTE, suscriptor de la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, constituye un evento de incumplimiento de las obligaciones contraídas en el CONTRATO y, en consecuencia, FESALUD se reserva la facultad para resolver unilateral y automáticamente el CONTRATO sin que ello genere derecho a devolución íntegra de los aportes a favor del CONTRATANTE.

En el supuesto del numeral precedente, en caso FESALUD haya concedido coberturas, servicios o prestaciones a favor de los AFILIADOS, sin que a este le corresponda ese derecho, podrá exigir el pago del valor de la totalidad de los servicios prestados de manera indebida.

El CONTRATANTE declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada sobre el estado de salud y antecedentes médicos de los AFILIADOS.

El CONTRATANTE declara contar con representación suficiente del(los) menor(es) de edad y estar plenamente facultado para suscribir el presente CONTRATO a favor de ellos.

En el caso de afiliación electrónica el CONTRATANTE consigna su firma electrónica en señal de conformidad respecto al contenido del presente contrato, para lo cual declara que su firma electrónica, puesta en el presente contrato, coincide con la información que aparece en su documento de identidad. Expresa, además, que esta reemplaza a su firma manuscrita para todos sus efectos legales, con arreglo a lo dispuesto en los artículos 1 y 2 de la Ley 27.269 y 1 y 2 de su reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

## CLÁUSULA SÉTIMA: PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La cobertura complementaria de salud que FESALUD otorga a favor de LOS AFILIADOS en virtud del CONTRATO, comprende las condiciones asegurables e intervenciones y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarias para el manejo de las contingencias descritas en el PLAN DE SALUD contratado, con los límites y hasta la Cobertura Máxima Anual señalada en la Tabla de Beneficios.

Para que la cobertura opere se deberá proceder en los términos señalados en el Anexo "Condiciones y Procedimientos para la Atención Médica" y además la Prestación de Salud deberá efectuarse en la Red Prestacional.

## **CLÁUSULA OCTAVA: PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES**

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, la cobertura complementaria de salud que otorga FESALUD incluye prestaciones de prevención y promoción de la salud, las que tienen por objeto preservar en buen estado la salud de los AFILIADOS, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas prestaciones figuran en las Condiciones Particulares y se definen de la siguiente manera:

- A) Prevención Primaria:** Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agente 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 en el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación de la comunidad (educación para la salud).
- C) Otros servicio**

## **CLÁUSULA NOVENA: EXCLUSIONES, PERIODOS DE ESPERA Y PREEXISTENCIAS**

Las Prestaciones de Salud y beneficios de los PLANES DE SALUD se encuentran sujetos a Exclusiones, Periodos de Espera y Preexistencias, los cuales se encuentran señalados en los Anexos del CONTRATO.

## **CLAUSULA DÉCIMA: DE LOS AFILIADOS A LA COBERTURA CONTRATADA**

FESALUD otorga la cobertura detallada en la Condiciones Particulares del presente CONTRATO a los AFILIADOS, 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 DÉCIMO PRIMERA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA**

- 11.1. LOS AFILIADOS contarán con la cobertura desde la fecha señalada en el Anexo “Condiciones Particulares” siendo requisito esencial para el inicio de la cobertura que EL CONTRATANTE hubiese efectuado el pago total de la primera cuota del Aporte. Queda aclarado que mientras EL CONTRATANTE no hubiese cancelado la primera cuota del Aporte en su totalidad, no se iniciará ningún tipo de cobertura.

De llegar la fecha indicada en el PLAN DE SALUD sin que EL CONTRATANTE hubiese efectuado el pago de la primera cuota del Aporte, la cobertura sólo se iniciará desde el día hábil siguiente a la fecha en que EL CONTRATANTE hubiese cancelado la totalidad de éste. Asimismo, de haber transcurrido sesenta (60) días calendario desde el vencimiento de la primera cuota del Aporte, sin que EL CONTRATANTE hubiese hecho el pago total del mismo, el CONTRATO se resolverá de forma inmediata, entendiéndose que la cobertura no llegó a iniciarse en ningún momento.

- 11.2. La cobertura se encuentra sujeta al cumplimiento de los Periodos de Espera conforme a lo señalado en el Anexo “Periodos de Espera”, así como al pago de las cuotas del Aporte conforme a lo dispuesto en el ordenamiento legal.

#### CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones de salud, promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación de la salud cubiertas por el **PLAN DE SALUD**, se otorgan en las IPRESS indicadas en la Red Prestacional, en el cual consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante SUSALUD.

FESALUD informará por escrito o vía correo electrónico u otro medio electrónico a LOS AFILIADOS, 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 SALUD**, 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 LOS AFILIADOS.

#### CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: REFERENCIAS

El establecimiento de salud que forma parte de la RED PRESTACIONAL se obliga a atender a los AFILIADOS que requieran sus servicios.

Si el diagnóstico efectuado determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el **PLAN DE SALUD**, coordina la referencia del paciente, previa autorización de este y de FESALUD, a la IPRESS que corresponda de acuerdo con su plan de cobertura complementaria. La responsabilidad de FESALUD culmina cuando el paciente sea admitido por la IPRESS de la referencia.

Todo proceso de referencia por capacidad resolutive es coordinado entre las IPRESS involucradas, FESALUD otorga las cartas de garantía correspondientes.

#### CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

El CONTRATANTE se obliga a pagar el íntegro del Aporte anual señalado en el Anexo "Condiciones Particulares", el mismo que será cancelado en la periodicidad y fechas indicadas en la Sección Tercera "Información de Pagos" del mismo Anexo. Las partes dejan aclarado que las cuotas del Aporte pueden ser canceladas a través de distintos canales:

MEDIO DE PAGOS REGULARES	
MEDIOS DE PAGOS	BANCOS
PAGO VENTANILLA	BCP, SCOTIABANK Y BBVA
AGENTES Y PAGO TELEMÁTICOS (BANCA MÓVIL Y PLATAFORMA VIRTUAL)	BCP, SCOTIABANK, INTERBANK Y BBVA
CARGO CUENTA TARJETA DE DÉBITO	BCP, SCOTIABANK, INTERBANK Y BBVA
CARGO EN CUENTA TARJETA DE CRÉDITO	VISANET, MASTERCARD, AMEX Y DINERS
APP MOVIL	APP FESALUD

El pago a través de Bancos se sujeta a los términos que estos fijan en cuanto al cobro de comisiones y horario de atención.

En el supuesto de retraso o incumplimiento en el pago de alguna cuota o de cualquier otra suma que el CONTRATANTE y/o los AFILIADOS adeuden a FESALUD se suspenderán los beneficios y cobertura objeto del CONTRATO a partir del día siguiente a la fecha de vencimiento, a excepción de lo señalado en las Condiciones Particulares.

FESALUD comunicará, 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.

FESALUD tiene derecho a exigir al CONTRATANTE el reembolso de los costos de las prestaciones brindadas que por error pudiera haberse otorgado durante la suspensión de la cobertura, incluyendo los intereses moratorios a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

Si el CONTRATANTE o los AFILIADOS que han incurrido en mora cumplen con ponerse al día en los aportes adeudados, recobran el derecho a gozar de los beneficios del CONTRATO a partir del día hábil siguiente de efectuado el pago, pero sin efecto retroactivo, por lo que en ningún caso responde FESALUD por contingencias ocurridas, iniciadas o como consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que los AFILIADOS se encontraban en mora en el pago de los aportes, aun cuando la contingencia se prolongue al período en que se rehabilite la cobertura. En ese sentido, todos los gastos, prestaciones u obligaciones que se hubiesen generado en el periodo en el que la cobertura se hubiese encontrado suspendida o deriven y/o sean consecuencia de tal periodo, deberán ser asumidos íntegramente por el CONTRATANTE y/o AFILIADO.

EL CONTRATANTE y los AFILIADOS no recobran el derecho si FESALUD hubiera optado por la resolución del CONTRATO por cualquiera de las causales previstas en la Clausula Vigésimo Cuarta del presente contrato.

Queda aclarado que si como consecuencia de la falta de pago de alguna cuota, el CONTRATO se resuelve dentro del primer año de vigencia, en el supuesto que EL CONTRATANTE solicitase dentro de los doce (12) meses siguientes afiliarse a alguno de los PLANES DE SALUD, deberá cancelar como Aporte durante el primer año del nuevo PLAN DE SALUD contratado el Aporte anual respectivo y un monto adicional de 50% de dicho Aporte, según tarifas vigentes a esa fecha.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: COPAGOS**

Las Prestaciones de Salud y demás beneficios derivados del PLAN DE SALUD se encuentran sujetas a Copagos a cargo de LOS AFILIADOS. En la Tabla de Beneficios se encuentran establecidos los Copagos, los cuales pueden ser una cantidad fija o un porcentaje de los gastos.

#### **CLAÚSULA DÉCIMO SEXTA: REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS**

- 16.1. En las Cláusulas Particulares, se especifican detalladamente los plazos de vigencia de los copagos y de los aportes a cargo del CONTRATANTE y/o los AFILIADOS, así como las condiciones, causales y procedimiento para proceder a su reajuste.
- 16.2. FESALUD únicamente puede reajustar el monto de los aportes y/o copagos pactados por las causales que detalladamente constan en el PLAN DE SALUD, siempre que se cumpla con las normas establecidas por SUSALUD.
- 16.3. Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, FESALUD debe cursar a EL CONTRATANTE, 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, manifestando la intención de reajustar tales montos.
- 16.4. Los reajustes que no son observados por las partes entran en vigor a partir del primer día del mes siguiente.
- 16.5. Si EL CONTRATANTE está de acuerdo con la modificación, deberá comunicar tal decisión a FESALUD, dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada de los aportes y/o copagos

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

deben constar en una adenda.

- 16.6. Si EL CONTRATANTE no está de acuerdo con la modificación o no responde a FESALUD, dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación, EL CONTRATO se mantiene vigente hasta su fecha de vencimiento.
- 16.7. Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, dentro de los plazos acordados entre las partes, FESALUD debe haber cumplido con presentar a EL CONTRATANTE, 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 FESALUD debe señalar las medidas orientadas a la racionalización del gasto de prestaciones de salud.
- 16.8. 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 SÉTIMA: INFORMACIÓN**

- 17.1. EL CONTRATANTE proporciona a FESALUD, en la forma y en los plazos que se establece en las Cláusulas Particulares del CONTRATO, la información señalada en las mismas. En el caso de la afiliación corporativa, EL CONTRATANTE debe informar a FESALUD sobre la inclusión o la exclusión de LOS AFILIADOS al PLAN DE SALUD, dentro de los cinco (05) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia.
- 17.2. FESALUD debe poner a disposición de EL CONTRATANTE y LOS AFILIADOS, 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 SALUD, y de las Cláusulas Generales y Cláusulas Particulares del contrato, a fin de que LOS AFILIADOS tomen conocimiento de estos y estén debidamente informados.
- 17.3. FESALUD tiene la obligación de informar a LOS AFILIADOS, a la suscripción del 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 a la cobertura complementarias contrada.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD**

- 18.1. De requerir LOS AFILIADOS una declaración jurada de salud o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente contrato o durante su vigencia, LOS AFILIADOS no podrán ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tales exámenes o declaraciones.
- 18.2. En caso FESALUD solicitará la realización del examen médico, está asumirá el costo del mismo.
- 18.3. FESALUD 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 NOVENA: PLAZO DEL CONTRATO**

Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el CONTRATO rige a partir de la fecha consignada como inicio de vigencia en las CONDICIONES PARTICULARES. 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 noventa (90) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

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.

LOS AFILIADOS 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.

FESALUD no puede negar la renovación del CONTRATO ante la aparición de alguna enfermedad sobreviniente contraída por LOS AFILIADOS durante el periodo de vigencia.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA: CLÁUSULA DE GARANTÍA CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS**

FESALUD 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 y en concordancia con último párrafo del artículo 100 del Reglamento de la Ley N°29344, aprobado por Decreto Supremo N°008-2010-SA, los cuales describimos citamos a continuación:

b . Al momento del diagnóstico de la enfermedad, LOS AFILIADOS deben encontrarse bajo la cobertura de una PEAS y de un plan complementario, y que haya transcurrido noventa (90) días desde su afiliación.

c . Su inscripción en el nuevo Plan de Salud Complementario debe efectuarse dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual.

d . La preexistencia debe haberse generado durante la vigencia del Plan complementario anterior, no esté excluida bajo ese contrato y sea un beneficio cubierto también por el plan complementario solicitado. Asimismo, si la preexistencia no está excluida motivo de que no fue declarada oportunamente, declaración falsa o reticente, esta condición no será cubierta en el nuevo plan complementario siendo totalmente excluida del contrato.

e . FESALUD podrá limitar la cobertura de las preexistencias a los límites que tenía esa condición en el plan donde se evidenció el diagnóstico.

f .FESALUD podrá analizar el impacto económico de las preexistencias y fijar la prima de manera acorde en cada caso.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

El CONTRATANTE tiene derecho de arrepentimiento para resolver el CONTRATO, sin expresión de causa ni de penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer solo dentro de los (15) días calendarios siguientes a la fecha de pago de la primera cuota, debiendo solo en este caso FESALUD devolver el monto del aporte que haya recibido. El CONTRATANTE para tal efecto deberá comunicarse con FESALUD, por cualquier medio de comunicación o utilizando el mismo medio, forma y lugar que se usó para la contratación.

El derecho de arrepentimiento solo podrá ejercerse siempre que los AFILIADOS no hayan hecho uso del plan de salud.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: DECLARACIONES Y COMPROMISOS ADICIONALES EN CASO AFILIACIÓN CORPORATIVA**

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

Únicamente en el supuesto que el CONTRATANTE sea una persona jurídica que realiza actividad comercial y que la suscripción del presente CONTRATO tenga la finalidad de incluir como AFILIADOS a sus trabajadores, se aplicará de forma adicional las siguientes condiciones:

- 22.1. Los AFILIADOS necesariamente deberán ser trabajadores del CONTRATANTE con relación laboral vigente, pudiendo incluirse a los dependientes de éstos.
- 22.2. El PLAN DE SALUD tiene la finalidad única y exclusiva de ser un complemento adicional a las coberturas del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS con las que los trabajadores del CONTRATANTE, o los dependientes de éstos, cuentan.
- 22.3. El CONTRATANTE declara bajo responsabilidad que el PLAN DE SALUD contratado se encuentra destinado de forma exclusiva a personas naturales que tengan la condición de trabajadores dependientes de éste y sus dependientes cuando fuera el caso y que, por lo tanto, a la fecha cuentan con afiliación a EsSalud o alguna otra IAFAS que les provea cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS.
- 22.4. EL CONTRATANTE se encuentra obligado a comunicar por escrito a FESALUD, el cese o suspensión laboral de alguno de sus trabajadores que tengan la condición de AFILIADO. La comunicación se deberá efectuar dentro de los cinco (05) días hábiles posteriores al hecho.
- 22.5. Asimismo, para la inclusión de nuevos trabajadores y sus dependientes, EL CONTRATANTE comunicará por escrito a FESALUD dentro de los primeros cinco (05) días hábiles de cada mes los datos de dichos trabajadores, adjuntando la respectiva Declaración Jurada de Salud debidamente suscrita por el trabajador y el pago de la cuota del Aporte respectivo. La cobertura de dichos trabajadores se iniciará el primer día calendario del mes siguiente.
- 22.6. Asimismo, EL CONTRATANTE libera a FESALUD de cualquier responsabilidad que se derive de la no afiliación de uno o más trabajadores dependientes.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre **LA ENTIDAD EMPLEADORA** y la **IAFAS**, así como las que se susciten entre la **IAFAS** y **LOS 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 éste.

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 VIGÉSIMO CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

El CONTRATO podrá concluir por cualquiera de los siguientes supuestos:

- 24.1. El fallecimiento del CONTRATANTE o AFILIADOS. En caso de fallecimiento de uno de los AFILIADOS, no se culminará el CONTRATO solo se procederá con la desafiliación del fallecido, siendo el CONTRATANTE el responsable de informar el deceso a FESALUD.
- 24.2. Mutuo disenso.
- 24.3. Incumplimiento en el pago de dos (2) o más cuotas del Aporte o el retraso por más de sesenta (60) días calendario de cualquier cuota del Aporte. Para tal efecto, **FESALUD** envía una carta de requerimiento de pago, indicando el importe adeudado, el cual debe

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

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.

- 24.4. 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.
- 24.5. En cualquier supuesto en que se hubiese configurado una situación de abuso o mala fe del CONTRATANTE y/o AFILIADO.
- 24.6. Al vencimiento de su plazo cuando alguna de las partes hubiese manifestado su intención de no renovarlo en el plazo señalado en la Cláusula Décimo Novena.
- 24.7. En el caso de la Afiliación Empresarial, por cese del colaborador
- 24.8. En el caso de la Afiliación Corporativa por cese del contratante

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA: DE LA DESAFILIACIÓN**

- 25.1. La desafiliación al PLAN DE SALUD se producirá de forma automática cuando se produzca alguno de los siguientes supuestos:
  - A. Por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición de AFILIADO.
  - B. Por la extinción del CONTRATO por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión, o nulidad de este.
- 25.2. Del mismo modo, los AFILIADOS tienen el derecho a solicitar de forma libre y voluntaria su DESAFILIACIÓN.
- 25.3. La desafiliación procederá previa cancelación de cualquier deuda pendiente por aportaciones correspondientes a la vigencia transcurrida.
- 25.4. Para la desafiliación, EL CONTRATANTE deberá comunicarse a través del correo electrónico [comunicaciones@fesalud.com.pe](mailto:comunicaciones@fesalud.com.pe), indicando su intención de no continuar con el PLAN DE SALUD. El tiempo de atención de esta solicitud es de quince (15) días hábiles.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA: DOMICILIO Y COMUNICACIONES**

EL CONTRATANTE reitera como su domicilio y como su correo electrónico los consignados en la Sección Primera del Anexo "Condiciones Particulares". Por su parte, FESALUD reitera como su domicilio el señalado en la parte introductoria de este documento.

Las comunicaciones para tener validez deberán ser cursadas, a elección de FESALUD: (i) al correo electrónico consignado por EL CONTRATANTE; o, (ii) al domicilio del CONTRATANTE. Asimismo, las comunicaciones efectuadas por EL CONTRATANTE deberán dirigirse a alguna de las siguientes direcciones: (i) al correo electrónico [comunicaciones@fesalud.com.pe](mailto:comunicaciones@fesalud.com.pe); o, (ii) al domicilio de FESALUD consignado en este CONTRATO.

Las comunicaciones generarán efectos desde la fecha en que son recibidas. Cualquier cambio de domicilio y/o correo electrónico para tener efectos deberá ser comunicado por escrito, con un plazo mínimo de treinta (30) días calendario de anticipación.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉTIMA: DECLARACIONES ADICIONALES**

- 27.1. Conforme a lo dispuesto en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y en su Reglamento el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, a la suscripción del presente documento EL CONTRATANTE toma conocimiento y autoriza de forma expresa a FESALUD a que incluya los datos personales, incluso datos sensibles, del



CONTRATANTE y/o de los AFILIADOS (en adelante, los Datos Personales) en el banco de datos personales denominado “Clientes Fesalud” (en adelante, el BDP), el cual es de titularidad de FESALUD. Los Datos Personales serán conservados en el BDP mientras el CONTRATO se encuentre vigente y/o sea exigible y, en caso de extinción del CONTRATO, la presente autorización tendrá una vigencia de diez (10) años computados desde dicha fecha.

**FESALUD** queda autorizado a administrar y efectuar el tratamiento de todos los Datos Personales, incluyendo entre otros, la posibilidad de recopilar, registrar, organizar, almacenar, conservar, elaborar, modificar, extraer, consultar, utilizar, bloquear, suprimir, comunicar por difusión o transferencia nacional e internacional o cualquier otra forma de procesamiento, tratamiento u operación de los Datos Personales, a través de cualquier procedimiento técnico, automatizado o no.

Los Datos Personales podrán ser utilizados con la finalidad de poder ejecutar adecuadamente las obligaciones derivadas del Contrato, gestionar los productos objeto del Contrato, realizar gestiones de cobranza, recordatorios de vencimientos de deuda, atender solicitudes relacionadas a la ejecución del Contrato, validar la información proporcionada, efectuar evaluaciones, procesamiento de datos, gestiones institucionales y administrativas, usos estadísticos, evaluar su conducta de pago, remisión de correspondencia, entre otras.

Los Datos Personales podrán tener cualquiera de los siguientes usos o finalidades: (i) fines estadísticos, históricos o científicos; (ii) investigación en temas de salud, (iii) historias clínicas; (iv) Realizar la gestión administrativa, prestacional de salud y acreditación de los AFILIADOS al Plan De Salud contratado; y, (vi) Enviar información referente a la concientización de vida saludable y cuidado de la salud.

FESALUD se encuentra autorizado a compartir o transferir nacional e internacionalmente los Datos Personales, de forma total o parcial, a GRUPO FE S.R.L., MISIÓN ECOLÓGICA S.A.C., SERVICIOS FUNERARIOS CAMPO FE S.A.C. y PRESTAFE S.A., así como a otras empresas, existentes o futuras, que sean vinculadas a FESALUD y/o con las cuales mantenga relaciones comerciales, con la finalidad que puedan ofrecerle los productos y/o servicios que comercialicen u oferten y realizar gestiones de cobranza.

En caso uno o más servicios contratados se tercerice, **FESALUD** se encuentra autorizado a realizar la transferencia, nacional e internacional, de los Datos Personales a dichas empresas para efectos del cumplimiento del servicio tercerizado.

El CONTRATANTE y/o AFILIADOS se encuentran facultados para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de sus datos personales que FESALUD realiza. Para tales efectos deberán comunicarse al área de Atención al Cliente de FESALUD ubicado en Avenida Javier Prado Este N°3580, San Borja, Lima.

De expresarse la negativa a brindar los datos personales, FESALUD no podrá cumplir con la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al PLAN DE SALUD. Asimismo, el CONTRATANTE declara contar con la autorización de las personas consignadas como AFILIADOS en la **Solicitud de Afiliación** para el tratamiento de los datos personales y sensibles incluidos en la solicitud, así como en la Declaración Jurada de Salud.

- 27.2. Las partes declaran tener conocimiento que FESALUD 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 el Anexo “Condiciones Particulares”.

#### PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

Sin perjuicio de lo señalado, en el supuesto que por cualquier causa FESALUD 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 FESALUD 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.

- 27.3. 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 Sección Primera.
- 27.4. Queda expresamente aclarado que el AFILIADO 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 Jurada de Salud.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO OCTAVA: ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

Los AFILIADOS cuentan con los siguientes medios para la presentación de consultas y reclamos ante FESALUD:

- Carta simple o notarial dirigida a FESALUD.
- Libro de Reclamaciones disponible de manera virtual en la página web de FESALUD [www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe) o de manera física en las oficinas de FESALUD, ubicada en Av. Javier Prado Este 3580, distrito de San Borja (\*).
- Centro de Atención al cliente FESALUD por medio de comunicación telefónica al 6254680, ingresando su número de documento de identidad y marcando la opción indicada.

(\*) El horario de atención presencial es de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 y sábados de 09:00 a 13:00

Lo antes señalado no restringe ni limita el derecho del AFILIADO de recurrir a la instancia administrativa, para tales efectos puede presentar su denuncia de forma directa a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Cabe acotar que su interposición no es vía previa ni impide la atención de la controversia mediante los procedimientos de conciliación o arbitraje.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO NOVENA: 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 FESALUD de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.

### **ANEXO 1: CONDICIONES Y PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

#### **1. GENERALIDADES**

- 1.1. El presente Anexo detalla la totalidad de Prestaciones de Salud que pueden formar parte del PLAN DE SALUD, de acuerdo con aquel que hubiese sido contratado por EL CONTRATANTE. Los beneficios y coberturas se otorgan respetando la Cobertura Máxima Anual, los Periodos de Espera, los Copagos, las Exclusiones, los gastos no cubiertos y la vigencia del CONTRATO, de acuerdo con el PLAN DE SALUD contratado.
- 1.2. Las condiciones y procedimientos que debe seguir el AFILIADO para que proceda la

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

atención de las Prestaciones de Salud se encuentran señaladas en el presente Anexo. En caso de incumplimiento de tales condiciones no procederá la cobertura.

13. Se sugiere a los AFILIADOS que previo a la asistencia a un Establecimiento de Salud consulten los horarios de atención de acuerdo con la Prestación de Salud que requieran 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.
14. Todos los beneficios, Prestaciones de Salud y coberturas serán facturados en base a las tarifas establecidas por cada Establecimiento de Salud.  
El AFILIADO deberá asumir el costo de los Copagos que correspondan por las Prestaciones de Salud, conforme a lo señalado en el PLAN DE SALUD que hubiese contratado.
15. En todos los casos, para solicitar cualquier Prestación de Salud, el AFILIADO deberá identificarse presentando su Documento de Identidad.
16. 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: (i) 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 (ii) se debe cumplir con el procedimiento señalado en el presente Anexo; (iii) el AFILIADO debe haber cumplido con cancelar el Copago, cuando corresponda; y, (iv) cualquier otra obligación o condición señalada en el CONTRATO.
17. En caso el sistema de acreditación vigente (SITEDS) no autorice la atención o se presenten inconvenientes técnicos que impidan la ACREDITACIÓN a través del sistema, el ESTABLECIMIENTO DE SALUD deberá consultar directamente con la IAFAS. El AFILIADO también puede consultar a la central telefónica de atención las 24 horas: Aló Fesalud 625-4680 o de lunes a viernes de 8:00a.m. a 6:00pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm vía Maria Fe, tu asistente virtual al whatsapp número 992 860 605.

## 2. PROCEDIMIENTO PARA LA COBERTURA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Para que la cobertura opere en los casos que formen parte del PLAN DE SALUD, es obligación del AFILIADO seguir los procedimientos señalados a continuación:

21. **Programas Preventivos. - Todas las atenciones derivadas o relacionadas a los Programas Preventivos se realizarán únicamente en los Establecimientos de Salud señalados en la Red Prestacional.**

Los Programas Preventivos no incluyen medicamentos, atenciones, exámenes y/o procedimientos no indicados expresamente como parte de dichos Programas. Queda aclarado que la naturaleza de estos programas es la prevención en salud y, por lo tanto, las atenciones para enfermedades, accidentes y/o malestares específicos, así como cualquier otra atención o situación que no califique como preventiva, no se encuentra incluida en estos programas.

Todos los exámenes, cuando correspondan, serán ordenados en la consulta preventiva, no pudiendo el paciente requerirlos sin previamente haber pasado por tal consulta.

Los términos y condiciones en que aplican son los expresamente señalados en este numeral, siendo además de aplicación lo dispuesto en el PLAN DE SALUD contratado y demás disposiciones del CONTRATO. Asimismo, los Programas Preventivos incluyen únicamente las Prestaciones de Salud señaladas en el Anexo "Programa Preventivo":

22. **Atención Médica Ambulatoria. - EL AFILIADO deberá encargarse de coordinar y solicitar la cita respectiva. La cita se realiza directamente con cada Establecimiento de Salud de la RED PRESTACIONAL, a través de los mecanismos que ésta brinde para ello. Fesalud NO tramita ningún tipo de cita.**

Es responsabilidad del asegurado asistir puntualmente a la cita, siguiendo las

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

instrucciones que en su oportunidad el Establecimiento de Salud le brinde.

En el caso que la atención médica ambulatoria, sea a consecuencia de una preexistencia. El afiliado podrá acudir a la RED TELECONSULTA o RED 1. A partir de la RED 2 requerirá que Fesalud autorice una Orden de Referencia.

Para el caso de los exámenes y/o procedimientos que requieren autorización previa de la IAFAS (Cartas de Garantía), este debe ser solicitado por el ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

- 23. Atención Médica a Domicilio.** - Se efectuará únicamente a través de las clínicas y especialidades señaladas en la Red Prestacional. Para solicitar el servicio el afiliado debe llamar a la Central Telefónica Aló Fesalud: 625-4680 o con Maria Fe, tu asistente virtual al whatsapp número 992 860 605 de lunes a viernes de 8am a 6pm. 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 Establecimiento de Salud y otros; lo cual será informado al AFILIADO cuando solicite este servicio.

Únicamente se pueden atender por este servicio enfermedades agudas (menos de 07 días desde el inicio de los síntomas) y de baja complejidad (dolencias que presentan síntomas claros que no representan un riesgo para la vida).

Se ofrece este servicio en los siguientes distritos: Ate, Barranco, Bellavista, Breña, Callao, Carmen de la Legua, Comas, Chorrillos, El Agustino, Independencia, Jesús María, La Molina, La Perla, La Punta, La Victoria, Lima Cercado, Lince, Los Olivos, Magdalena del Mar, Miraflores, Pueblo Libre, Rímac, San Isidro, San Juan de Lurigancho, San Juan de Miraflores, San Borja, San Martín de Porres, San Luis, San Miguel, Santa Anita, Santiago de Surco y Surquillo. Se excluyen algunas zonas que por seguridad no se pueda acceder, lo cual será informado al Afiliado al momento en que solicite el servicio. Como referencia se podrá utilizar la información disponible en <https://datacrim.inei.gob.pe/> o en cualquier otra base de datos que FESALUD o el Establecimiento de Salud considere. También quedan excluidas algunas zonas que, a criterio del Establecimiento de Salud, tengan accesos complejos que dificulten la llegada de la atención médica.

FESALUD no tendrá ninguna responsabilidad en los casos que no se preste este servicio, debido a los siguientes motivos: i) El AFILIADO 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.

- 24. Atención Odontológica.** - Se efectuará en los Establecimientos de Salud señalados en la Red Prestacional.

La Atención Odontológica cubre únicamente procedimientos de exodoncias simples, obturaciones (curaciones) con resina, profilaxis, fluorizaciones con flúor gel y radiografías simples. **Con un máximo de 3 curaciones simples o 1 compleja o 1 compuesta al mes.**

- 25. Especialidades No Médicas.** - Únicamente cuando el PLAN DE SALUD lo indique de forma expresa, se encontrarán incluidas en la cobertura las Especialidades No Médicas que en éste se hubiesen señalado, y en los términos fijados en el PLAN DE SALUD.

Las Especialidades No Médicas se efectuarán únicamente en los Establecimientos de Salud señalados en la Red Prestacional.

**26. Atención de EMERGENCIAS. - La atención de EMERGENCIAS, sean ACCIDENTALES o MÉDICAS se encontrará sujeta a las siguientes condiciones y procedimiento:**

- a) La atención por EMERGENCIA corresponde a toda condición repentina e inesperada que requiere una Prestación de Salud inmediata, al encontrarse en peligro inminente la vida del AFILIADO o en riesgo de dejar secuelas invalidantes. Queda aclarado que La definición de EMERGENCIA y las prioridades de atención se basan en la NT N°042-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”.
- b) La atención se efectuará únicamente en las instalaciones de los Establecimientos de Salud señalados en la Red Prestacional. En todo caso corresponderá al médico encargado de la atención, bajo responsabilidad, determinar si la atención efectuada correspondió a una EMERGENCIA. En caso de que el médico encargado determine que la atención no correspondió a una EMERGENCIA la atención se cobrará como una prestación ambulatoria.
- c) Asimismo, cuando el PLAN DE SALUD cubra únicamente un tipo de EMERGENCIA (ACCIDENTAL o MEDICA), será el médico encargado de la atención quien determinará el tipo de EMERGENCIA.
- d) En el supuesto que el médico tratante determine que la atención no fue una EMERGENCIA o que fue una EMERGENCIA de un tipo distinto a la cubierta por el PLAN DE SALUD, el AFILIADO deberá asumir la totalidad de costos que la atención médica hubiese generado.
- e) Toda EMERGENCIA ACCIDENTAL deberá ser reportada dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a su ocurrencia bajo apercibimiento de no considerarse como tal.
- f) En caso la EMERGENCIA derive en una Atención Médica Hospitalaria se seguirá el procedimiento señalado en el numeral 2.7.
- g) Se considera que la EMERGENCIA ha finalizado cuando los síntomas y/o causa física que la causó dejan de constituir un riesgo para la vida y/o riesgo de secuelas invalidantes. Por lo tanto, concluida la atención de la EMERGENCIA, si el paciente requiere continuar el tratamiento ya sea en Hospitalización, Cirugía o vía Atención Ambulatoria, aplicarán las coberturas, los deducibles y coaseguros correspondientes a cada uno de estos casos.

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.

**27. Atención Médica Hospitalaria a consecuencia de una EMERGENCIA. - Esta cobertura únicamente operará cuando derive de una EMERGENCIA, quedando excluidas las hospitalizaciones, internamientos, tratamientos o intervenciones que no deriven directamente de algún tipo de EMERGENCIA.**

Asimismo, se efectuará únicamente en los Establecimientos de Salud señalados en la Red Prestacional.

El Establecimiento de Salud deberá solicitar a FESALUD una Carta de Garantía, y sólo luego de la auditoría correspondiente se autorizará la hospitalización, en cuyo caso 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 Atención Médica Hospitalaria deriva o no de una Preexistencia, aplicándose la cobertura que corresponde en uno u otro caso.

**28. Atención Médica Hospitalaria Programada. – Esta cobertura procede únicamente cuando no derive de una EMERGENCIA, se efectuará únicamente los Establecimientos de Salud señalados en la Red Prestacional, y solo procederá previa emisión de una**

Carta de Garantía por FESALUD. Para ello, el Establecimiento de Salud de la RED PRESTACIONAL cuando considere que médicamente se justifica la atención hospitalaria, deberá solicitar a FESALUD la Carta de Garantía, y sólo luego de la auditoría correspondiente se autorizará la hospitalización, en cuyo caso será cubierta hasta la Cobertura Particular Máxima indicada en la Tabla de Beneficios del PLAN DE SALUD. Se deja aclarado que no existe esta cobertura cuando se trata de preexistencias.

- 29. Servicio de Ambulancia.** - El AFILIADO podrá acceder al servicio de ambulancia terrestre prestado por las compañías de la RED DE AMBULANCIAS siempre y cuando se encuentre señalado de manera expresa en la Condiciones Particulares. Los servicios serán cubiertos sólo en situaciones de EMERGENCIA. Para ello, al momento en que se genere la EMERGENCIA el AFILIADO deberá comunicarse directamente con la compañía respectiva e identificarse como AFILIADO.

El Servicio de Ambulancia es prestado en los términos y condiciones en las que la compañía indique al AFILIADO. Asimismo, la única finalidad del Servicio de Ambulancia es la de trasladar al AFILIADO a algunos de los Establecimientos de Salud de la Red Prestacional que de acuerdo con su PLAN DE SALUD tenga cobertura para EMERGENCIAS. Por tanto, cualquier uso del Servicio de Ambulancia con un destino o fin distinto no será cubierto por FESALUD.

Queda aclarado que las ambulancias utilizadas serán de Tipo I ó Tipo II, no teniendo cobertura las ambulancias de Tipo III.

Entiéndase por Ambulancia Tipo I la utilizada para el transporte asistido de pacientes estables que requieren el traslado a un servicio de emergencia, dicha ambulancia contiene el equipo básico de atención.

Entiéndase por Ambulancia Tipo II la utilizada para el transporte asistido de pacientes en estado crítico que requieren el traslado a un servicio de emergencia, dicha ambulancia contiene adicionalmente asistencia médica, monitor, desfibrilador portátil y oxímetro de pulso portátil.

- 210. Reembolso por Hospitalización.** - El Reembolso por Hospitalización se encuentra sujeto a las siguientes condiciones y procedimiento:

- a) Se puede otorgar hasta un importe económico máximo por cada veinticuatro (24) horas de hospitalización efectiva del AFILIADO. El **límite económico máximo por cada veinticuatro (24) horas** está señalado en la Tabla de Beneficios del PLAN DE SALUD. En ningún caso el monto total a reembolsar será mayor al monto máximo sustentado por el AFILIADO. **Sólo se podrán acumular por cada año contractual un máximo de treinta (30) días calendario de hospitalización.** De haber días en exceso, no serán cubiertos ni reembolsados.
- b) Para que opere será indispensable la Autorización previa del Auditor de FESALUD. Asimismo, el AFILIADO deberá requerir el pago del Reembolso por Hospitalización como máximo hasta veintidós (22) días útiles posteriores a la fecha en que hubiese sido dado de alta, luego de lo cual se perderá la posibilidad de requerir el Reembolso por tal hospitalización.
- c) Sólo se otorga por los **gastos médicos** incurridos como consecuencia directa de la hospitalización, quedando excluido cualquier otro gasto.
- d) **No procede el Reembolso por Hospitalización** cuando la hospitalización fue consecuencia de alguna Preexistencia.
- e) Al solicitar el Reembolso por Hospitalización el AFILIADO deberá presentar los siguientes documentos:
  - Solicitud dirigida a FESALUD;
  - Epicrisis;

- Informe Médico con el o los diagnósticos derivados de la hospitalización;
- Comprobante de Pago del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del paciente hospitalizado, el periodo y el motivo de la hospitalización;
- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad del AFILIADO, y,
- Cualquier otro documento que en su oportunidad FESALUD pudiese requerir.

El Área Médica de FESALUD evaluará la solicitud de reembolso, y el resultado se informará al AFILIADO en un plazo no mayor a cinco (05) días hábiles.

En caso de proceder el Reembolso, éste será cancelado dentro de los siete (07) días hábiles posteriores a la fecha en que es comunicada su procedencia y sólo será entregado al AFILIADO afectado o a un apoderado autorizado mediante Carta Poder Notarial en la cual expresamente se mencione la facultad del apoderado de cobrar el Reembolso por Hospitalización.

**Se deja aclarado de forma expresa que el Reembolso por Hospitalización NO procede en los casos que el AFILIADO haya tenido cobertura a través del beneficio de hospitalización a consecuencia de emergencia, en los casos del Plan de Salud incluya esta cobertura.**

**211. Reembolso Oncológico.** - El Reembolso Oncológico operara solo en los planes expresamente señalados. Se otorga como devolución por los gastos en los que hubiese incurrido el AFILIADO como consecuencia de las Prestaciones de Salud derivadas de un primer diagnóstico de cáncer durante la vigencia de la cobertura del PLAN DE SALUD y transcurrido el respectivo Periodo de Espera y hasta el límite señalado en la Tabla de Beneficios del PLAN DE SALUD. No obstante, de forma excepcional y a requerimiento del AFILIADO, FESALUD podrá evaluar la posibilidad de adelantar parte del importe del Reembolso Oncológico, con la finalidad que el AFILIADO pueda asumir los costos del tratamiento. Considerando las circunstancias excepcionales de este adelanto, las condiciones de procedencia le serán comunicadas al AFILIADO al momento de la solicitud respectiva.

El Reembolso Oncológico se encuentra sujeto a las siguientes condiciones y procedimiento:

**2.11.1 Importe Máximo a Reembolsar:** Se puede otorgar hasta el importe máximo señalado en la Tabla de Beneficios del PLAN DE SALUD.

**2.11.2 Condiciones de Procedencia:** Únicamente operará cuando sea el primer diagnóstico de cáncer, es decir, quedan excluidos aquellos AFILIADOS con un diagnóstico previo de cáncer, tumor maligno o enfermedad oncológica o aquellos diagnosticados durante el Periodo de Espera, incluso si dicho diagnóstico hubiese sido por un tipo distinto de cáncer, tumor o enfermedad oncológica.

Además, sólo se otorga por los **gastos médicos** incurridos como consecuencia de las Prestaciones de Salud para el tratamiento oncológico.

El Reembolso Oncológico se iniciará a partir de la confirmación diagnóstica por Patología o con el examen de Imagenología con diagnóstico definitivo (en caso no aplique Patología), previo informe favorable del Auditor de FESALUD. A partir de entonces se reembolsarán todos los importes que correspondan, de acuerdo con la necesidad del AFILIADO, o hasta que se cubra el Importe Máximo a Reembolsar.

Asimismo, el Reembolso Oncológico se efectuará únicamente por las Prestaciones de Salud efectivamente efectuadas y canceladas por el AFILIADO.

El Reembolso Oncológico finalizará si el AFILIADO hubiese fallecido.

**2.11.3 Riesgos Excluidos.** - El Reembolso Oncológico no aplicará respecto de los siguientes riesgos:

- Cuando el afiliado presente tumoraciones sin un diagnóstico definitivo antes de ingresar al PLAN DE SALUD y no se haga los exámenes de descarte correspondientes.
- Cualquier tipo de cáncer de piel, los carcinomas de células escamosas de la piel, leucoplasias, excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos o metástasis.
- Cáncer in situ de cuello uterino, linfomas o enfermedad de Hodgkin.
- El Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o a la condición HIV positivo.
- Tumores no malignos.
- Tumores que muestran los cambios malignos del carcinoma in situ, incluyendo las displasias cervicales, o las descritas histológicamente como pre-malignos o tumores borderline.
- Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI ó Estadio A-1 de Binet.
- Todo diagnóstico distinto al cáncer.

**2.11.4 Procedimiento Para Solicitar el Reembolso Oncológico.** - La ocurrencia o diagnóstico deberá ser comunicada a FESALUD dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la fecha en que se tenga conocimiento de ésta.

Al solicitar el Reembolso el AFILIADO deberá presentar como mínimo los siguientes documentos:

- Solicitud dirigida a FESALUD;
- Informe de la evaluación por parte del oncólogo tratante;
- Examen histopatológico original, firmado y sellado por el médico tratante;
- Fotocopia de la historia clínica del AFILIADO, foliada y fedateada, con una antigüedad no mayor a siete (7) días calendario;
- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad del AFILIADO;
- Comprobante de Pago del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del paciente, diagnóstico y detalle de la atención; y,
- Cualquier otro documento que en su oportunidad FESALUD pudiese requerir.

En el supuesto que la solicitud no cuente con toda la documentación requerida, se le otorgará al AFILIADO un plazo de cinco (05) días hábiles para subsanar tal omisión, bajo apercibimiento de quedar sin efecto la solicitud y no procediendo el Reembolso Oncológico.

El Área Médica de FESALUD evaluará la solicitud de reembolso, y el resultado se informará al AFILIADO en un plazo no mayor a cinco (05) días hábiles.

En caso de proceder el Reembolso, éste será cancelado dentro de los siete (07) días hábiles posteriores a la fecha en que es comunicada su procedencia y sólo será entregado al AFILIADO afectado o a un apoderado autorizado mediante Carta Poder Notarial en la cual expresamente se mencione la facultad del apoderado de cobrar el Reembolso Oncológico.

**212 Teleconsulta Médica.** - Se efectuará únicamente los Establecimientos de Salud establecidos en la Red Prestacional.

Servicio 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 y el Médico. 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.

Este servicio se brindará conforme a las exigencias tecnológicas y los términos y condiciones establecidos por cada proveedor de la Red Prestacional.

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)



Si como resultado de la Teleconsulta, requiriese medicamentos estos serán enviados a su domicilio

En caso de restricciones o no cobertura del servicio de envío de medicamentos, FESALUD se contactará con el AFILIADO a fin de indicarle donde debe dirigirse para recoger las medicinas o solicitar el reembolso según lo indicado en la sección 5.3 de la Cláusula Quinta.

Para solicitar el servicio de Teleconsulta, el AFILIADO debe llamar al Establecimiento de Salud indicado en la Red Prestacional.

## ANEXO 2: EXCLUSIONES

Se encuentran excluidas de la cobertura de los PLANES DE SALUD las condiciones, causas, complicaciones y/o gastos relacionados con las siguientes Prestaciones de Salud:

1. Todas las Prestaciones de Salud efectuadas sin seguir el procedimiento expresamente establecido en el Anexo "Condiciones y Procedimiento Para la Atención Médica" del presente documento.
2. Todos los exámenes, atenciones, medicamentos, servicios o pruebas que no estén disponibles en la RED PRESTACIONAL que corresponda al PLAN DE SALUD contratado, o que excediesen lo dispuesto en dicho PLAN DE SALUD.
3. Todos los exámenes, atenciones, medicamentos, servicios o pruebas procedentes de un acto médico fuera de la RED PRESTACIONAL o no aprobado por la IAFAS, ni sus consecuencias, con excepción de la cobertura de Reembolso por Hospitalización o Reembolso Oncológico cuando forme parte del PLAN DE SALUD.
4. Todas las prestaciones de salud relacionadas con maternidad.
5. Las siguientes enfermedades, síntomas, molestias, exámenes, tratamientos y/o procedimientos, incluso siendo las mismas parte del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS:
  - a) Cáncer, con excepción únicamente de los PLANES DE SALUD en los que se incluya el Reembolso Oncológico.
  - b) Enfermedades y defectos congénitos y/o físicos adquiridos al nacer y gastos derivados de causas relacionadas (de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-10), publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>).
  - c) Infección por VIH, SIDA y síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS) en cualquiera de sus formas y/o complicaciones; así como sus consecuencias.
  - d) Enfermedades psiquiátricas y psicológicas tales como enfermedades emocionales (ansiedad, depresión, estrés, adicciones, etc.), desórdenes de la mente (psicosis, neurosis, fobias, etc.), desórdenes alimenticios (anorexia, bulimia, etc.), trastornos del lenguaje, psicomotor y/o dificultades para el aprendizaje, entre otras similares, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales. Así como las pruebas y todo tipo de tratamiento del sueño, las curas de sueño, curas de reposo, y/o los gastos por conceptos vinculados al diagnóstico y tratamiento de la apnea del sueño. Tampoco se cubren pruebas psicológicas de ningún tipo.
  - e) Alzheimer.
  - f) Parkinson.
  - g) Enfermedades autoinmunes.
  - h) Enfermedades raras o huérfanas, según el listado de la RM N° 230-2020 MINS
6. Los siguientes medicamentos, insumos, pruebas auxiliares o tratamientos:
  - a) Tratamientos con litotricia extracorpórea
  - b) Implantación de neuroestimulador intracraneal

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

- c) Implantación de receptor electroencefalo gráfico por trepanación
  - d) Implantación de neuroestimulador espinal
  - e) Ecografías obstétricas distintas a la 2D.
  - f) Procedimientos de crío preservación o criogenéticos.
  - g) Tratamientos que utilicen células madre.
  - h) Hormonas de todo tipo, excepto las utilizadas en el tratamiento del hipertiroidismo, hipotiroidismo y diabetes
  - i) Hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica
  - j) Ácido hialurónico
  - k) Lágrimas naturales, excepto en caso de síndrome de ojo seco.
  - l) Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales.
  - m) Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares.
  - n) Cremas dermatológicas protectoras y/o rehabilitadoras de la piel.
  - o) Vacunas en general, excepto las necesarias como consecuencia de mordeduras o picaduras de animales o insectos, tétanos o las incluidas en el cronograma de inmunizaciones del MINSA.
  - p) Vitaminas, minerales y antioxidantes, tónicos, estimulantes del apetito, suplementos alimentarios, preparados proteicos y otros similares, excepto calcio y vitamina D para el tratamiento de Osteoporosis y las indicadas en el Control prenatal.
  - q) Leches maternizadas o sucedáneos de la lactancia materna.
  - r) Antiasténicos, reconstituyentes y energizantes, activadores o tónicos cerebrales. Medicamentos neurotónicos y nootrópicos.
  - s) Productos de origen biológico tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, anticuerpos monoclonales, inhibidores de la tirosina, kinasa, antiangiogénicos e inhibidores proteosoma.
  - t) Inmunoterapia, probióticos y lisados bacterianos.
  - u) Procedimientos de desensibilización para alergias, incluido el prick test y rast test. Tratamientos antialérgicos, pruebas antialérgicas y vacunas antialérgicas.
  - v) Vasodilatadores cerebrales, coagulantes, hepatoprotectores, productos de origen natural y otros similares.
  - w) Albúmina humana, ni plasma rico en plaquetas.
  - x) Psicofármacos como ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos y otros similares.
  - y) Cirugía para evitar el ronquido
7. Los tratamientos odontológicos de endodoncia, periodoncia, ortodoncia, prótesis dentales, así como sus consecuencias y complicaciones. Las cirugías odontológicas, cirugía bucal, prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados a ellos.
8. Tratamientos de rehabilitación de audición o lenguaje.
9. Estudios de diagnóstico, tratamiento, cirugías y procedimientos relacionados con problemas de esterilidad, fertilidad, infertilidad, impotencia, esterilización y planificación familiar, así como sus complicaciones y/o consecuencias. Todo gasto de estudios diagnósticos, tratamiento, cirugías y procedimientos relacionados con disfunción eréctil, frigidez o cambio de sexo. Tampoco se cubren estudios o pruebas genéticas.
10. Atenciones que deben ser cubiertas 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. No se cubrirán atenciones derivadas de actividades informales y en las cuales el afiliado se auto exponga al peligro, tales como: uso de maquinaria industrial en domicilio, almacenaje de productos inflamables de uso no

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

doméstico, entre otros.

11. 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 con fines estéticos (melasma, alopecia, verrugas, várices, entre otros).
  - d) Mamoplastía, Ginecomastía, Mastopexia.
  - e) Tratamiento o cirugías o gastos relacionados con aumento o disminución de peso.
  - f) Métodos liporeductores tales como liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa.
  - g) Retiro de tatuajes, piercing o similares.
12. Cuidado de los pies en general, callos y juanetes (hallux valgus).
13. Los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a alternativas vigentes o sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia IIA. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de periodo de prueba o investigación. Ni las complicaciones derivadas de su uso.
14. Medicina no tradicional de cualquier tipo, entre ellas acupuntura, iriología, reflexología, quiropraxia, homeopatía y medicina alternativa en general. Ni las complicaciones derivadas de su uso.
15. Gastos cuyo objeto principal sea el chequeo médico o despistaje de enfermedades en una persona sana, con excepción de las consultas relacionadas a los Programas Preventivos, cuando éstos formen parte del PLAN DE SALUD. Tampoco están cubiertos los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias o empleo. Ni el tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada.
16. El suministro de aparatos ortopédicos, ortésicos y/o prótesis quirúrgicas y no quirúrgicas en general, ni equipos médicos durables, incluyendo pero no limitándose a: injertos de hueso o arteriales sintéticos, endoprótesis vascular (stent), mallas en general, válvulas cardíacas, marcapasos, audífonos e implantes cocleares, prótesis ortopédicas externas, termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro, respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, collarín, cabestrillos, plantillas ortopédicas, soportes de zapatos, zapatos ortopédicos, corsés, muletas, medias antiembólicas, silla de ruedas, camas especiales, entre otros.
17. Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, así como todo daño derivado de intento de suicidio. Lesiones ocasionadas por algún miembro del núcleo familiar. Lesiones auto infligidas o producidas voluntariamente, inclusive a través de terceros, o estando mentalmente insano, incluyendo abortos provocados, peleas y riñas, excepto los casos de legítima defensa comprobada, en cuyo caso deberá existir denuncia policial.
18. Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas o de cualquier índole en su fase terminal, o para cuando para ellas no exista posibilidad de recuperación.
19. Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes, psicotrópicos y alcoholismo. Tampoco se cubren las lesiones, secuelas, consecuencias médico-quirúrgicas y/o complicaciones, a consecuencia de accidentes sufridos en estado de embriaguez o drogadicción según lo establecido por las normas legales, o conduciendo un vehículo sin la respectiva licencia de conducir o las derivadas del consumo de alcohol y/o drogas ilícitas, así como los tratamientos de desintoxicación de éstas. En el caso de lesiones en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas se considerará que el AFILIADO se encuentra en estado etílico y por lo tanto sujeto a esta exclusión cuando el examen de alcoholemia: (i) tomado inmediatamente después del accidente arroje un

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

resultado igual o mayor a 0.5 g/l.; o, (ii) calculando una disminución por hora de 0.15 g/l desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes, psicotrópicos y narcóticos u otras sustancias similares, se aplicará la exclusión del AFILIADO cuyo resultado al examen sea positivo.

20. Lesiones, enfermedades, secuelas y complicaciones a consecuencia de actividades o deportes peligrosos, 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.
21. Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones a consecuencia de actos de guerra (declarada o no), invasión, actividades u hostilidades de enemigos extranjeros, revoluciones, insurrección, terrorismo, conflicto social, motines, huelgas, conmoción civil, sabotaje, tumulto, o conmoción contra el orden público y/ o actos delictivos, por transgresión a las normas legales.
22. Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones consecuencia de fenómenos naturales.
23. Lesiones, enfermedades, secuelas y complicaciones a consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos, resultantes o derivados de terapia de Rayos X, radioterapia, entre otros.
24. Endemias, brotes epidémicos, epidemias y/o pandemias declaradas por el Ministerio de Salud, el Gobierno Nacional, la Organización Mundial de la Salud o cualquier autoridad nacional o internacional competente, así como, enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena.
25. Las Prestaciones de Salud generadas por causa o consecuencia del incumplimiento de las indicaciones médicas o por automedicación.
26. Los efectos, secuelas, colaterales, rezagos o consecuencias de un tratamiento o cirugía no cubierto por el PLAN DE SALUD.
27. Operaciones, tratamientos o exámenes auxiliares para corrección o diagnóstico de problemas de refracción o defectos de visión tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia. No se cubren monturas o cristales, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastorno de refracción
28. Durante la hospitalización, no se cubrirá bajo ningún supuesto lo siguiente:
  - a) 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.
  - b) Trasplante de órganos o tejidos ni gastos relacionados al trasplante de estos, incluido el análisis para calificación de donantes. Implantes de células madre, crio preservación, sustitutos de líquido sinovial o servicios relacionados.
  - c) Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos y albúmina humana.
29. Las atenciones, consecuencias y secuelas de todos los eventos ocurridos cuando el afiliado no se encontraba acreditado por falta de pago, una vez recuperada la cobertura, ni serán objeto de reembolso alguno.
30. Las demás Exclusiones que se hubiesen señalado expresamente en el PLAN DE SALUD contratado.

FESALUD 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, FESALUD no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error.

### ANEXO 3: PERIODOS DE ESPERA

Los Periodos de Espera señalados a continuación se aplican en la medida que la Prestación de Salud se encuentre incluida dentro del PLAN DE SALUD:

#### PERIODOS DE ESPERA

1. Salvo que la Tabla de Beneficios del Plan de Salud respectivo indique lo contrario, todas las Prestaciones de Salud, con excepción del servicio de ambulancia y las atenciones que constituyan una EMERGENCIA, cuentan con un Periodo de Espera contado a partir del inicio de cobertura del AFILIADO.

PRESTACION DE SALUD	PLAZO (meses)
Atención Médica Ambulatoria	30 días
Especialidades No Médicas	30 días
Atención Médica Ambulatoria de Preexistencias	3
Las siguientes enfermedades: - Diabetes - Dislipidemia - Hipertensión Arterial - Hipotiroidismo e Hipertiroidismo - Asma Bronquial - Prostatitis o enfermedades de la próstata - Osteoporosis - Gastritis - Tumoraciones benignas	3
- Enfermedades cardiovasculares - Hemorroides o fistula - Lumbalgia, cervicalgia y otras enfermedades o dolencias en la columna vertebral. - Enfermedades de las articulaciones	9
- Litiasis vesicular y renal - Cirrosis hepática o hígado graso o hepatopatías - Artritis reumatoide o enfermedades reumatológicas	12
Odontología	3
Procedimientos ambulatorios o de cirugía menor.	3
Los siguientes exámenes auxiliares: Angiografía, arteriografía, colonoscopia, densitometría ósea, endoscopia, ecocardiograma, ecodoppler, electroencefalograma, gammagrafía, holter por 24 horas, monitoreo de presión arterial, proctosigmoidoscopia, tomografía convencional.	3
Resonancia Magnética, TACH (Tomografía Axial Helicoidal) y TEM (Tomografía Espiral Multicorte) en Atención Médica Ambulatoria.	10

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

Programas Preventivos	6
Beneficio de Sepelio o Descuento en Derecho de Sepultura	6
Condonación de deuda por fallecimiento del Contratante	6
Reembolso Oncológico.	10
Atención Médica Hospitalaria como resultado de una Emergencia Médica	10
Reembolso por Hospitalización (no aplica cuando se usa el beneficio de Atención Médica Hospitalaria a Consecuencia de Emergencia).	10
Atención Médica Hospitalaria Programada	12

2. Sin perjuicio de lo indicado en el punto anterior, adicionalmente **todas las Prestaciones de Salud señaladas en el siguiente cuadro, sin importar el Plan de Salud contratado, cuentan con los siguientes Periodos de Espera específicos:**

El cómputo de los Periodos de Espera empieza al inicio de la cobertura y no aplica para las renovaciones del contrato.

Queda aclarado que el periodo de latencia no aplica para el PLAN DE SALUD.

#### ANEXO 4: PREEXISTENCIAS

En los PLANES DE SALUD se considera como Preexistencia 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.

De la misma forma, serán consideradas Preexistencia los tratamientos, consultas, medicamentos, exámenes, procedimientos y/o intervenciones derivados, vinculados o asociados con el diagnóstico, atención o tratamiento de Preexistencias, y serán brindados en los términos y condiciones señalados en el Anexo "Preexistencias" y la Tabla de Beneficios del PLAN DE SALUD.

A su vez, en los PLANES DE SALUD se identifican dos (2) tipos de Preexistencias, teniendo cada una de éstas una cobertura específica, de acuerdo con lo señalado en el Anexo 6 que contiene las Condiciones Particulares del PLAN DE SALUD contratado:

- a) **Preexistencias Tipo A.-** Son las siguientes enfermedades: asma bronquial, bronquitis crónica, diabetes mellitus, dislipidemia, gastritis crónica, hipertensión arterial, hipotiroidismo, hipertiroidismo y otitis crónica.  
Se deja expresamente aclarado que las complicaciones de los diagnósticos señalados en el párrafo previo, u otros diagnósticos derivados de los mismos que sean distintos a los indicados, no se considerarán Preexistencias Tipo A y, más bien, se podrán considerar como Preexistencias Tipo B.

- b) **Preexistencias Tipo B.-** Son todas las demás Preexistencias no consideradas como Preexistencias Tipo A, incluyendo las complicaciones de los diagnósticos derivados de Preexistencias Tipo A.

Cualquier Preexistencia Tipo A que, por cualquier causa o motivo, no hubiese sido declarada por EL CONTRATANTE en la Declaración Jurada de Salud podrá ser considerada como Preexistencia Tipo B y su cobertura será la que corresponda a las Preexistencias Tipo B.

#### ANEXO 5: OTROS BENEFICIOS

Los beneficios señalados a continuación son adicionales a los PLANES DE SALUD y no forman parte de éstos. Los beneficios serán otorgados únicamente cuando hubiese sido pactado por las partes en la forma y oportunidad señalada en este Anexo, debiendo

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

adicionalmente, en los casos que el beneficio se otorgue, EL CONTRATANTE y/o LOS AFILIADOS cumplir con lo dispuesto en este Anexo.

### **SECCION PRIMERA. - BENEFICIO DE SEPELIO**

Este beneficio se otorga sólo a los AFILIADOS que expresamente se hubiese indicado en el Anexo 6 “Condiciones Particulares”. Los AFILIADOS no indicados, o los que habiendo sido indicados no cumplan con los requisitos señalados en este Anexo se encuentran excluidos del beneficio.

El Beneficio de Sepelio consiste en el otorgamiento del (los) beneficio (s) incluidos en el Anexo “Condiciones Particulares”.

**El Beneficio de Sepelio cuenta con un Periodo de Espera de seis (6) meses y, por lo tanto, no podrá ser solicitado antes del transcurso de dicho plazo.**

#### **1. EMPRESA PRESTADORA DEL BENEFICIO**

Todos los servicios y/o beneficios incluidos en el Beneficio de Sepelio elegido serán prestados únicamente por las empresas Misión Ecológica S.A.C. (en adelante CAMPO FE) y Servicios Funerarios Campo Fe S.A.C. (en adelante FUNERARIA), por tanto, las inhumaciones se llevarán a cabo únicamente en los camposantos de CAMPO FE y los servicios funerarios y de inhumación serán prestados por FUNERARIA, bajo la coordinación de la empresa GRUPO FE S.R.L. (en adelante GRUPO FE) quien a su elección, discreción y criterio podrá tercerizar, total o parcialmente estos servicios.

#### **2. CONDICIONES PARA SU OTORGAMIENTO**

Se otorga sólo a los AFILIADOS que expresamente se hubiese indicado en el Anexo “Condiciones Particulares”. Los AFILIADOS no indicados, o los que habiendo sido indicados no cumplan con los requisitos señalados en este Anexo se encuentran excluidos del beneficio.

El Beneficio de Sepelio sólo se otorgará a los AFILIADOS que tengan una edad inferior a cincuenta y cinco (55) años al momento de iniciar el PLAN DE SALUD. Los AFILIADOS que tengan cincuenta y cinco (55) o más años, sólo podrán renovarlo.

Además, para que el Beneficio de Sepelio aplique será necesario que el fallecido sea un AFILIADO, que el PLAN DE SALUD no tenga deuda pendiente de pago a la fecha del fallecimiento y que haya transcurrido el Periodo de Espera.

En caso, el PLAN DE SALUD cubra solo emergencias, este beneficio solo procederá cuando el deceso se produzca como resultado de una emergencia.

#### **3. CARACTERISTICAS DEL BENEFICIO**

Los beneficios se brindan necesariamente de forma conjunta, lo cual entre otras cosas quiere decir que: (i) no se puede exigir la prestación individual de un sólo beneficio; (ii) no podrá requerirse la prestación del Servicio Funerario para la inhumación en un camposanto que no sea de CAMPO FE; y, (iii) no puede exigirse la prestación de los beneficios de ninguna otra forma que implique su ejecución parcial.

El Beneficio de Sepelio únicamente puede ser utilizado al momento del fallecimiento del AFILIADO; de no utilizarse los beneficios en dicho momento, se perderán sin derecho a exigir reembolso alguno.

No incluye el recojo y/o traslado del fallecido cuando el fallecimiento hubiese sucedido fuera de Lima Metropolitana. En dicho supuesto los familiares del AFILIADO fallecido deberán tomar las precauciones necesarias para que el traslado de los restos se efectúe acorde a la normativa legal vigente, bajo apercibimiento de quedar sin efecto el Beneficio de Sepelio.

Los servicios que el Servicio Funerario incluirá serán los que GRUPO FE oferte como parte de dicho producto en la fecha en que se solicite su uso. Asimismo, la ubicación del Derecho de Sepultura Individual Compartido o del Cinerario Individual Compartido será

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

que CAMPO FE designe en el momento de su uso.

La cremación se prestará en los términos que indique CAMPO FE en el momento de su uso.

Queda aclarado que el Beneficio de Sepelio no incluye dentro de su cobertura a ninguna funeraria distinta a FUNERARIA, o ningún cementerio y/o camposanto distinto a los de CAMPO FE.

#### 4. PRESTACION DEL SERVICIO FUNERARIO Y EL OTORGAMIENTO DEL DERECHO DE SEPULTURA

4.1 Corresponderá al familiar en línea recta más próximo al AFILIADO fallecido (en adelante, el FAMILIAR), informar su fallecimiento y solicitar el otorgamiento del Beneficio de Sepelio en favor de éste. La solicitud deberá efectuarse en la oficina de FE SALUD dentro de las doce (12) horas posteriores al fallecimiento. Al momento de solicitar el Beneficio de Sepelio se deberá presentar necesariamente el Certificado de Defunción del AFILIADO fallecido.

Adicionalmente, el FAMILIAR deberá entregar y/o suscribir toda la documentación que en su oportunidad GRUPO FE le pueda requerir. En caso de negarse a entregar y/o suscribir tal documentación, GRUPO FE podrá negarse a prestar el servicio sin que ello genere responsabilidad en FESALUD.

4.2 De forma referencial, se deja constancia que a la fecha de suscripción de este documento el teléfono de contacto de GRUPO FE es 625-4600. Dicho teléfono podrá ser modificado por GRUPO FE en cualquier momento, sin que requiera comunicarlo a FESALUD y/o al AFILIADO, no asumiendo FESALUD responsabilidad alguna por tales modificaciones.

#### 5. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACION DEL BENEFICIO DE SEPELIO

##### 5.1 Presunción de procedencia del Beneficio de Sepelio

a) Las partes reconocen que la verificación de las circunstancias de fallecimiento no es inmediata. Con la finalidad que tal situación no afecte al AFILIADO ni a sus familiares, las partes acuerdan que, una vez que GRUPO FE hubiese confirmado que el Beneficio de Sepelio solicitado cumple con lo dispuesto en los numerales 2, 3 y 4 de la Sección Primera de este Anexo, se presumirá que el fallecimiento no incurrió en ninguna de las causales de exclusión del beneficio.

Teniendo en cuenta lo anterior, FESALUD cancelará la totalidad del monto que corresponda por el Beneficio de Sepelio, **con cargo a posteriormente verificar si el Beneficio de Sepelio procede.** Lo señalado en este párrafo **no aplicará cuando a criterio de FESALUD sea evidente que el fallecimiento incurrió en una exclusión**, en cuyo caso se comunicará tal situación al FAMILIAR con los sustentos que correspondan.

b) Con la finalidad de garantizar el reembolso de los gastos a FESALUD, en el supuesto que el Beneficio de Sepelio no opere, antes de la aplicación del beneficio el FAMILIAR deberá suscribir una Letra de Cambio por el importe equivalente al monto total que FESALUD cancelará.

La presunción de procedencia del Beneficio de Sepelio a la que se refiere el literal a) anterior sólo aplicará cuando el FAMILIAR hubiese suscrito la Letra de Cambio señalada en el párrafo precedente.

De no suscribirse la Letra de Cambio, FESALUD podrá negarse a aplicar el Beneficio de Sepelio hasta previamente haber verificado que el fallecimiento no incurrió en causal de exclusión, aplicándose los plazos y procedimiento señalados en los numerales 5.1 y 5.2.

c) La evaluación sobre la procedencia del Beneficio de Sepelio **se iniciará en el momento en que el FAMILIAR entregue la totalidad de la documentación señalada en el numeral 5.2 siguiente.**

##### 5.2 Entrega de documentación

a) Para que la cobertura opere el FAMILIAR deberá remitir a FESALUD, en un plazo

PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)



máximo de sesenta (60) días calendario, computados desde la fecha del fallecimiento del AFILIADO, la siguiente documentación:

- Copia del DNI del AFILIADO fallecido;
- Copia legalizada del Acta de defunción del AFILIADO; e,
- Historia clínica del AFILIADO;

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

- Atestado policial; y
- Protocolo de necropsia.

Si el FAMILIAR no cumple con presentar toda la documentación requerida dentro del plazo señalado en el literal a) precedente, el Beneficio de Sepelio no operará, debiendo el FAMILIAR reembolsar a FESALUD la totalidad del monto que ésta hubiese cancelado.

### **5.3 Verificación de la procedencia del Beneficio de Sepelio**

a) Una vez entregada toda la documentación indicada en el numeral 5.2 precedente FESALUD contará con un plazo de treinta (30) días calendario para evaluar tal información. Cuando la complejidad del caso lo requiera, FESALUD podrá ampliar el plazo en treinta (30) días calendario adicionales, debiendo comunicar tal situación al FAMILIAR antes del vencimiento del plazo inicial.

Si transcurrido los plazos antes indicados FESALUD no hubiese remitido comunicación alguna al FAMILIAR, se entenderá que el Beneficio de Sepelio ha operado.

b) Cuando de la verificación efectuada FESALUD 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 Beneficio de Sepelio, empezando a computarse el plazo para el reembolso señalado en el numeral 5.4. Queda aclarado que el informe es elaborado en base a la información y documentación remitida por el FAMILIAR y/o aquella a la cual FESALUD haya podido tener acceso.

c) Todas las comunicaciones relacionadas al procedimiento de verificación de la procedencia del Beneficio de Sepelio serán dirigidas a elección de FESALUD al correo electrónico o al domicilio del CONTRATANTE, salvo que el FAMILIAR expresamente hubiese solicitado que sea dirigido a otra dirección de correo electrónico.

### **5.4 Reembolso en caso de improcedencia del Beneficio de Sepelio**

a) Procederá el reembolso en favor de FESALUD en cualquiera de los siguientes supuestos:

- Cuando el FAMILIAR no hubiese presentado, dentro del plazo otorgado, toda la documentación requerida en el literal a) del numeral 5.2 de este Anexo; y/o,
- Cuando el informe señalado en el literal b) del numeral 5.3 indique que el Beneficio de Sepelio no procede.

b) En cualquiera de los supuestos antes señalados el reembolso que el FAMILIAR deberá efectuar en favor de FESALUD comprende la totalidad de gastos en los que ésta hubiese incurrido como consecuencia del pago del Beneficio de Sepelio.

c) El pago del reembolso se deberá efectuar en los siguientes plazos:

- Cuando fuese consecuencia de la no presentación de la documentación señalada en el literal a) del numeral 5.2: dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en que concluyó el plazo para entregar la información.
- Cuando fuese consecuencia del informe señalado en el literal b) del numeral 5.3, dentro de los treinta (30) días calendarios posteriores a la fecha en que el informe fue comunicado.

d) En cualquier caso, que hubiese vencido el plazo sin que se efectúe el pago del reembolso, FESALUD quedará habilitado a protestar la Letra de Cambio girada por el FAMILIAR.

## **6. SERVICIOS INCLUIDOS Y MODIFICACION A SOLICITUD DE LOS FAMILIARES**

a. Los familiares, podrán acordar directamente con GRUPO FE la modificación del PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

Derecho de Sepultura y/o Servicio Funerario, imputando el valor que a la fecha tuviese el Beneficio de Sepelio al costo del Derecho de Sepultura y/o Servicio Funerario elegido. Lo señalado en este párrafo procederá únicamente cuando Derecho de Sepultura y/o Servicio Funerario elegido se encuentren o sean prestados por CAMPO FE y FUNERARIA respectivamente. Queda aclarado que los costos de los Derechos de Sepultura y/o Servicios Funerarios serán valorizados en la modalidad de productos en Necesidad Inmediata.

Los acuerdos derivados de la modificación del Derecho de Sepultura y/o Servicio Funerario serán tomados entre la familia del AFILIADO y GRUPO FE, sobre la base de las políticas y requerimientos que GRUPO FE tenga a dicha fecha, no teniendo FESALUD responsabilidad respecto de los requerimientos y/o acuerdos a los que las partes lleguen.

- b. Bajo ningún supuesto FESALUD entregará al CONTRATANTE, a la familia de los AFILIADOS y/o a cualquier otro tercero el valor en efectivo (o equivalente) del Beneficio de Sepelio, precisándose que todos los pagos los efectuará FESALUD de forma directa a la empresa correspondiente.

Asimismo, en caso la modificación del Derecho de Sepultura y/o Servicio Funerario a la que se refiere el numeral 6.a precedente sea por uno de menor valor, no procederá ningún tipo de devolución y/o entrega de dinero en efectivo en favor del CONTRATANTE y/o los familiares del AFILIADO fallecido por la diferencia de precio entre una y otra sepultura y/o servicio funerario.

## 7. EXCLUSIONES

Se entiende por exclusión aquellos supuestos en los cuales el Beneficio de Sepelio no operará. La exclusión puede ser temporal o permanente, conforme a lo señalado a continuación:

- 7.1 Cualquier fallecimiento que ocurra durante el primer año de vigencia del Beneficio de 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
- 7.2 Se encuentra excluido del Beneficio de Sepelio, de forma permanente, cualquier fallecimiento que sea consecuencia directa o indirecta de cualquiera de las causas señaladas a continuación:
- Enfermedades preexistentes a la fecha de inicio del Beneficio de Sepelio.
  - Enfermedades infectocontagiosas, plagas, epidemias declaradas por el Ministerio de Salud y/o cualquier enfermedad que requiera aislamiento o cuarentena.
  - Suicidio
  - Accidentes sufridos en estado de embriaguez o drogadicción según lo establecido por las normas legales, o conduciendo un vehículo sin la respectiva licencia de conducir.
  - Accidentes como consecuencia de prácticas y/o 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 y otras de similar peligrosidad, así como los consecuentes de competencias de boxeo, karate, rugby, lucha libre y cualquier otro similar, siendo la presente relación de deportes simplemente referencial.
  - Contaminación nuclear, guerra internacional, guerra civil, insurrección, rebelión, participación en alteraciones de orden público, servicio o actividad militar de cualquier clase, así como por peleas o riñas salvo los casos acreditados de legítima defensa, en cuyo caso deberá existir denuncia policial.
  - Realizar actos delictivos, criminales y/o actos de terrorismo.

### PLN-FR- 01 Condiciones Generales

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / Aló Fesalud (01) 625-4680

[www.fesalud.com.pe](http://www.fesalud.com.pe)

- Eventos catastróficos ocasionados por fenómenos de la naturaleza, así como enfermedades epidémicas que sean declaradas por la autoridad competente como tales.
- En cualquier supuesto que el diagnóstico de fallecimiento no sea o no haya sido materia de cobertura de este PLAN DE SALUD

#### **8. DESCUENTO EN DERECHOS DE SEPULTURA**

En cualquier caso, que el AFILIADO tenga cincuenta y cinco (55) o más años al momento de iniciar el PLAN DE SALUD, y no pueda acceder al Beneficio de Sepelio contemplado en la Sección Primera del presente Anexo 5, contará a su fallecimiento con un descuento de 10% en los Derechos de Sepultura en Necesidad Inmediata (NI) que GRUPO FE comercializa.

El Descuento en Derechos de Sepultura cuenta con un Periodo de Espera de seis (6) meses y, por lo tanto, no podrá ser solicitado antes del transcurso de dicho plazo. El presente beneficio no es acumulable con otros descuentos o beneficios a los que el AFILIADO tuviese acceso o que se ofrezcan a la fecha del fallecimiento.

#### **SECCIÓN SEGUNDA. - CONDONACIÓN DE DEUDA POR FALLECIMIENTO DEL CONTRATANTE EN BENEFICIO DE LOS AFILIADOS SOBREVIVIENTES POR LO QUE RESTA DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO**

Salvo disposición distinta contenida en las condiciones particulares, las partes acuerdan que, en caso de fallecimiento del CONTRATANTE, la obligación de pago de los aportes derivados del presente CONTRATO, correspondientes al periodo contractual vigente, que no estuviesen vencidas a la fecha de fallecimiento del CONTRATANTE serán condonadas a efectos de que los AFILIADOS mantengan la cobertura del Plan de Salud contratado por el resto de la vigencia del periodo anual del CONTRATO.

La condonación de deuda por fallecimiento del CONTRATANTE operará únicamente cuando: (i) el CONTRATANTE se encuentre al día en todos sus pagos y que no mantenga deuda alguna con GRUPO FE; (ii) el fallecimiento del CONTRATANTE no sea producto de alguna exclusión señalada en el punto 7 de la Sección Primera. - Beneficio de Sepelio; y, (iii) el CONTRATANTE tenga menos de 55 años al contratar el Plan de Salud y menos de 65 años al momento de su fallecimiento.

Para que aplique este beneficio se deberá cumplir con el procedimiento previsto en el punto 5 de la Sección Primera. -Beneficio de Sepelio.

Queda expresamente aclarado que la condonación no se extiende a las renovaciones del contrato posteriores al fallecimiento del CONTRATANTE, por lo tanto, concluida la vigencia del CONTRATO, y en caso los AFILIADOS deseen mantener la cobertura del Plan de Salud, estos deberán suscribir una nueva afiliación.