

ANEXO 6: CONDICIONES PARTICULARES

| | |
|---------------------|-----------------|
| CONTRATO N°: | <<CODCONTRATO>> |
|---------------------|-----------------|

Plan de Salud: <<DSCPLANSA>>

SECCION PRIMERA. - INFORMACION DEL CONTRATANTE

| | |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Nombres y Apellidos/ Razón Social: <<NOMCLIENTE>> | |
| Tipo Documento: <<TIPODOCCLI>> | N° Documento: <<NRODOCCLI>> |
| Fecha de Nacimiento: <<FECNAC>> | E.Civil: <<ECIVCLI>> |
| Teléfono 1: <<TEL1CLI>> | Teléfono 2: <<TEL2CLI>> |
| Correo Electrónico: <<EMAILCLI>> | |
| Domicilio: <<DOMCLI>> | Distrito: <<DISTCLI>> |

SECCION SEGUNDA. - INFORMACION DE LOS AFILIADOS

1. LISTA DE AFILIADOS

| N° | Parent. | Tipo Doc. | N° Documento | Nombres y Apellidos | Sexo | Fecha de Nac. | Peso (kg) | Estat. (mts) | Benef. Sep. |
|------|---------|-----------|--------------|---------------------|------|---------------|-----------|--------------|-------------|
| #N1# | #P1# | #T1# | #ND1# | #NA1# | #S1# | #F1# | #K1# | #E1# | #B1# |
| #N2# | #P2# | #T2# | #ND2# | #NA2# | #S2# | #F2# | #K2# | #E2# | #B2# |
| #N3# | #P3# | #T3# | #ND3# | #NA3# | #S3# | #F3# | #K3# | #E3# | #B3# |
| #N4# | #P4# | #T4# | #ND4# | #NA4# | #S4# | #F4# | #K4# | #E4# | #B4# |
| #N5# | #P5# | #T5# | #ND5# | #NA5# | #S5# | #F5# | #K5# | #E5# | #B5# |
| #N6# | #P6# | #T6# | #ND6# | #NA6# | #S6# | #F6# | #K6# | #E6# | #B6# |

2. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

En los Planes de Salud Empresariales la obligación de llenado de la Declaración Jurada de Salud recae sobre cada afiliado sin perjuicio de que el contratante pueda hacerlo con autorización de cada afiliado.

Declaro que mis AFILIADOS y yo no hemos omitido información acerca de alguna enfermedad o dolencia y que las respuestas proporcionadas en la Solicitud de afiliación y en la Declaración Jurada de Salud, son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad, hecha con dolo o culpa inexcusable, hace nulo el CONTRATO. En tal sentido como CONTRATANTE suscribo la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada.

SECCION TERCERA. - INFORMACION DE PAGO

1. TABLA DE APORTACIONES

| Nombres | Aporte Anual (²) | Aporte Mensual (²) |
|---------|------------------|--------------------|
| #A1# | #AA1# | #AM1# |
| #A2# | #AA2# | #AM2# |

| | | |
|-------------------------------------|-------|-------|
| #A3# | #AA3# | #AM3# |
| #A4# | #AA4# | #AM4# |
| #A5# | #AA5# | #AM5# |
| #A6# | #AA6# | #AM6# |
| Total Aportes ⁽²⁾ | #TA6# | #TM6# |

⁽²⁾ Los aportes incluyen IGV y están sujetos a variación en el tiempo, de acuerdo con lo indicado en la Cláusula Décimo Cuarta y Décimo Sexta del CONTRATO.

2. PRECIOS DEL PLAN DE SALUD

Los precios descritos corresponden a cuotas mensuales, son referenciales y están sujetos a variaciones:

| Edad | Plan Emergencia |
|--------------------------------------|-----------------|
| 0 a 17 años (solo como dependientes) | #MA1# |
| 18 a 29 años | #MA2# |
| 30 a 34 años | #MA3# |
| 35 a 39 años | #MA4# |
| 40 a 44 años | #MA5# |
| 45 a 49 años | #MA6# |
| 50 a 54 años | #MA7# |
| 55 a 59 años | #MA8# |
| 60 a 64 años | #MA9# |
| 65 a 69 años (solo renovaciones) | #MA10# |
| Más de 70 años (solo renovaciones) | #MA11# |

En los planes de salud empresariales, el precio estipulado se mantendrá en el monto pactado siempre y cuando la cantidad de afiliados sea como mínimo 50.

3. CRONOGRAMA DE PAGOS

| Nº Cuota | Fecha de Vencimiento | Monto de Cuota ⁽³⁾ |
|----------|----------------------|-------------------------------|
| #NC1# | #FV1# | #MC1# |
| #NC2# | #FV2# | #MC2# |
| #NC3# | #FV3# | #MC3# |
| #NC4# | #FV4# | #MC4# |
| #NC5# | #FV5# | #MC5# |
| #NC6# | #FV6# | #MC6# |
| #NC7# | #FV7# | #MC7# |
| #NC8# | #FV8# | #MC8# |
| #NC9# | #FV9# | #MC9# |
| #NC10# | #FV10# | #MC10# |
| #NC11# | #FV11# | #MC11# |
| #NC12# | #FV12# | #MC12# |

SECCION CUARTA. - INICIO DEL CONTRATO Y DE LA COBERTURA

| | | |
|---|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Inicio de Contrato | <<INICTTO>> |
| 2 | Inicio de cobertura | Cuando se hubiese cancelado oportunamente el primer Aporte, la cobertura se iniciará en la Fecha de Inicio señalada en el numeral precedente. Cuando no se hubiese cancelado oportunamente el primer Aporte, se procederá conforme a lo indicado en la Cláusula Octava del CONTRATO. |

SECCION QUINTA. - TABLA DE BENEFICIOS

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

| Plan | Programa Preventivo | Atención Ambulatoria | Teleconsultas Médicas | Atención Médica a Domicilio | Red de Imágenes y de Laboratorio | Envío de Medicamentos a Domicilio o Reembolso de Medicamentos | Atención Odontológica | Especialidad No Médica | Emergencia (en Tópico) | Ambulancia | Atención Médica Hospitalaria a Consecuencia de una Emergencia | Atención Médica Hospitalaria Programada | Atención de Maternidad | Reembolso Oncológico | Reembolso Hospitalario | Beneficio de Sepelio y Condonación de Deuda |
|------------|---------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|---------------------------------------------|
| Emergencia | ✓ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✓ | ✓ | ✓ | ✗ | ✗ | ✓ | ✗ | ✓ |

Plan de Salud EMERGENCIA

COBERTURA MÁXIMA ANUAL: Aplica por Afiliado durante su vigencia anual para las condiciones cubiertas por el PLAN DE SALUD, siempre que no estén consideradas en las exclusiones

S/ 20,000.00

RELACIÓN DE BENEFICIOS Y SERVICIOS QUE INCLUYE EL PLAN DE SALUD EMERGENCIA Y COPAGOS DEL AFILIADO

| PROGRAMA PREVENTIVO | Costo por consulta (S/) | Cobertura al (%) ⁴ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Durante el año de vigencia del Plan de salud, los AFILIADOS tienen derecho a una evaluación médica preventiva que incluye el control de riesgos según edad y sexo, según el siguiente detalle: | | |
| EN LIMA | | |
| Red Preventiva | S/ 0 | 100% |
| EN PROVINCIA | | |
| Red Teleconsultas Los exámenes, procedimientos y/u otros servicios vinculados serán realizados en coordinación con la red afiliada. | S/ 0 | 100% |

CONTENIDO DEL PROGRAMA PREVENTIVO

Control del niño (0 a 9 años)

| | < 1 año | 1 año | 2 a 4 años | 5 a 9 años |
|-----------------------------------------------------------|---------|-------|------------|------------|
| Consulta preventiva (evaluación crecimiento y desarrollo) | 6 | 4 | 2 | 1 |
| Hemograma | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Examen de parasitología simple y Graham | | | 1 | |
| Consulta preventiva odontológica | | | 1 | 1 |
| Optometría- Medida de vista | | | | 1 |

Control del adolescente y el adulto (10 a más años)

| | 10 a 17 años | 18 a 34 años | 35 a 49 años | 50 a 59 años | 60 años a más |
|---------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Consulta preventiva | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Consulta preventiva odontológica | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Hemograma | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Examen de colesterol total | | | 1 | 1 | 1 |
| Examen de glicemia | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Ecografía de mamas (sólo damas) | | | 1 | 1 | |
| Examen de papanicolaou (sólo damas) | | | 1 | 1 | |
| Examen de antígeno prostático específico (sólo varones) | | | | 1 | 1 |
| Optometría- Medida de vista | 1 | | | | |

| INMUNIZACIONES | Costo por consulta (S/) | Cobertura al (%)⁴ |
|------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| EN LIMA (Disponible únicamente en Lima) | | |
| Red de inmunizaciones | S/ 0 | 100% |

EL PROGRAMA PREVENTIVO INCLUYE APLICACIÓN DE VACUNAS, BAJO ESQUEMA MINSA

| VACUNA | Recién nacido | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 12 | 15 | 18 | 4 | Mayores 60 años |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-----------------|
| | | Meses | Meses | Meses | Meses | Meses | Meses | Meses | Meses | Meses | Meses | Años | |
| BCG (Tuberculosis) | x | | | | | | | | | | | | |
| HvB (Hepatitis B) | x | | | | | | | | | | | | |
| APO (Poliomielitis) | | x | | x | | x | | | | | | | |
| PENTAVALENTE (Difteria, Tos convulsiva, tétanos, Hepatitis B y Heamophilus) | | x | | x | | x | | | | | | | |
| NEUMOCOCO (Antineumocócica) | | | x | | x | | | | x | | | | |
| INFLUENZA | | | | | | | x | x | | | | | x |
| ROTA VIRUS | | x | | x | | | | | | | | | |
| SRP (Sarampión, Parotiditis y Rubeola) | | | | | | | | | x | | | x | |
| AMA (Fiebre Amarilla) | | | | | | | | | | x | | | |
| DPT (Difteria, Tos Convulsiva y Tétanos) | | | | | | | | | | | x | x | |

| EMERGENCIA (EN TÓPICO) | Costo por consulta (S/) | Cobertura al (%) ⁴ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| EMERGENCIA ACCIDENTAL O MEDICA (Cobertura Particular Máxima Anual S/ 20,000)⁵ | | |
| EN LIMA | | |
| - Red 2, Red 3 y Red 4 | S/ 0 | 100% |
| EN PROVINCIA | | |
| - Red 3 y Red 4 | S/ 0 | 100% |

| EMERGENCIA MEDICA DE PREEXISTENCIAS (Cobertura Particular Máxima Anual S/ 5,000)⁶ | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|
| Emergencia Médica de Preexistencias tipo A | | |
| EN LIMA | | |
| - Red 2 | S/ 30 | 50% |
| - Red 3 | S/ 35 | 50% |
| - Red 4 | S/ 55 | 50% |
| EN PROVINCIA | | |
| - Red 2 | S/ 45 | 50% |
| - Red 3 | S/ 55 | 50% |
| - Red 4 | S/ 65 | 50% |
| Emergencia Médica de Preexistencias tipo B | | |
| EN LIMA | | |
| - Red 2 | S/ 30 | 5% |
| - Red 3 | S/ 35 | 5% |
| - Red 4 | S/ 55 | 5% |
| EN PROVINCIA | | |
| - Red 2 | S/ 45 | 5% |
| - Red 3 | S/ 55 | 5% |
| - Red 4 | S/ 65 | 5% |

PLN-FR-02 Condiciones Particulares del Plan Emergencia

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

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

www.fesalud.com.pe

| ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA A CONSECUENCIA DE EMERGENCIA | | Copago | Cobertura al (%) ⁴ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------|-------------------------------|
| ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA (Cobertura Particular Máxima Anual S/ 20,000)⁵ | | | |
| EN LIMA | | | |
| - Red 2 | 1 día de habitación | | 70% |
| - Red 3 | 1 día de habitación | | 65% |
| - Red 4 | 1 día de habitación | | 60% |
| EN PROVINCIA | | | |
| - Red 2 | 1 día de habitación | | 65% |
| - Red 3 | 1 día de habitación | | 60% |
| - Red 4 | 1 día de habitación | | 55% |
| ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA DE PREEXISTENCIAS TIPO A Y TIPO B (Cobertura Particular Máxima Anual S/ 5,000)⁶ | | | |
| EN LIMA | | | |
| - Red 2 | 1 día de habitación | | 10% |
| - Red 3 | 1 día de habitación | | 10% |
| - Red 4 | 1 día de habitación | | 10% |
| EN PROVINCIA | | | |
| - Red 2 | 1 día de habitación | | 10% |
| - Red 3 | 1 día de habitación | | 10% |
| - Red 4 | 1 día de habitación | | 10% |

| AMBULANCIA POR EMERGENCIA ACCIDENTAL O MÉDICA | Copago por evento (S/) |
|-----------------------------------------------|------------------------|
| EN LIMA | |
| - Red de Ambulancia 1 | S/ 30 |
| - Red de Ambulancia 2 | S/ 50 |
| EN PROVINCIA | |
| - Red de Ambulancia 2 | S/ 50 |

| REEMBOLSO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EN LIMA Y PROVINCIA |
| <ul style="list-style-type: none"> • Por Oncología: Un (01) evento por afiliado. Hasta S/ 10,000 para el primer diagnóstico de cáncer del AFILIADO. |

| OTROS BENEFICIOS |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BENEFICIO DE SEPELIO EN CAMPO FE |
| EN LIMA (Disponible únicamente en Lima) |
| 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. |

El Beneficio de Sepelio consiste en el otorgamiento de uno de los siguientes beneficios en favor del AFILIADO fallecido:

Opción 1: (i) un Servicio Funerario Básico; (ii) un Servicio de Cremación; (iii) un Servicio de Inhumación-Cinerario; (iv) un Cinerario Individual Compartido Perpetuo; y, (v) el pago del Fondo de Conservación de Mantenimiento (FOMA)

Opción 2: (i) un Servicio Funerario Básico; (ii) un Servicio de Inhumación- Individual Compartida; (iii) un Derecho de Sepultura Individual Compartida a 10 años; (iv) un Servicio de Cremación; (v) un Servicio de Inhumación- Cinerario; (vi) un Cinerario Individual Compartido Perpetuo; y, (vii) el pago del Fondo de Conservación de Mantenimiento (FOMA)

Opción 3: (i) un Servicio Funerario Clásico; y, (ii) un Servicio de Inhumación

Queda aclarado que la **Opción 3** sólo podrá elegirse cuando el AFILIADO cuente previamente con alguna sepultura en Campo fe y la misma cuente con por lo menos un nivel disponible para la inhumación del AFILIADO. Asimismo, la **Opción 1** solo se puede elegir si el deceso se produjo por causas naturales.

DESCUENTO EN DERECHO DE SEPULTURA

EN LIMA (Disponible únicamente en Lima)

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

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.

⁽⁴⁾ Por exámenes, procedimientos, medicamentos y/u otros servicios vinculados.

⁽⁵⁾ Cobertura Particular Máxima Anual S/ 20,000 Emergencia (En Tópico + Hospitalaria)

⁽⁶⁾ Cobertura Particular Máxima Anual Preexistencias S/ 5,000 Emergencia (En Tópico + Hospitalaria)

Importante:

1. Se deja aclarado que las atenciones ambulatorias de Emergencia Accidental, Emergencia Médica o Emergencia Médica de Preexistencias no cuentan con periodo de carencia.
2. Todas las Prestaciones de Salud y coberturas se encuentran sujetas a las Exclusiones, Periodos de Carencia, límites y demás condiciones señaladas en el CONTRATO y sus Anexos.
3. Los importes por consulta incluyen IGV.
4. Las medicinas serán facturadas en base al precio de venta al público, establecido por los laboratorios en la publicación Kairos.
5. Los servicios y honorarios serán facturados de acuerdo con las tarifas que las Clínicas tienen establecido para el Plan de Salud en base al tarifario Segus.

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

SECCION SEXTA. - CONDONACION DE DEUDA POR FALLECIMIENTO DEL CONTRATANTE EN BENEFICIO DE LOS AFILIADOS SOBREVIVIENTES POR LO QUE RESTA DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

La obligación de pago de los aportes derivados del 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 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 del CONTRATO.

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.

SECCION SÉPTIMA. - ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AFILIADOS A LA RED PRESTACIONAL

Los Establecimientos de Salud que forman parte de la RED PRESTACIONAL podrán variar en cualquier momento, debiendo FESALUD comunicar tales modificaciones siguiendo los mecanismos establecidos en el CONTRATO.

La RED PRESTACIONAL se encuentra detallada en el siguiente enlace:
<https://www.fesalud.com.pe/planes-salud>. En la Opción Plan Emergencia.