



Salud

Los 8 conceptos básicos de los Seguros de Salud

Agosto 2020

Conceptos básicos

1. Condiciones
para la
contratación

2. Preexistencia

3. Periodo de
Carencia y
Espera

4. Deducible y
Coaseguro

5. Atención

6. Beneficio
Máximo Anual

7. Emergencia

8. Urgencia

1. Condiciones para la contratación

Contratante

Persona natural o jurídica responsable del pago de las primas.

Puede no ser un asegurado.

Solo si consigna RUC, se emite factura electrónica como comprobante.



Asegurados

Personas que se benefician de las coberturas de la póliza.
Edad máxima de ingreso a Seguro de Salud: 65 años inclusive.

Titular + Dependientes

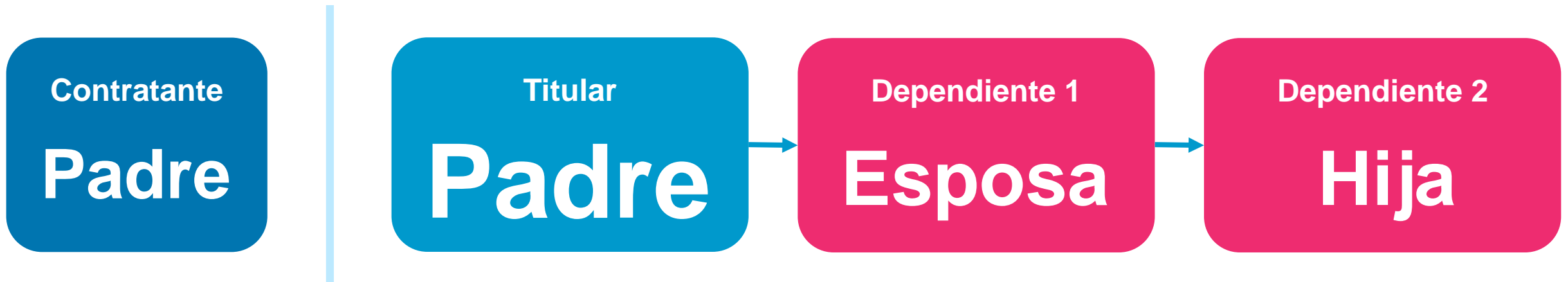
Único responsable de firmar la solicitud de salud.
Si el Titular es menor de edad, la solicitud deberá ser firmada por la madre, padre o tutor legal.

Solo pueden ser **Cónyuge/Conviviente e hijos** del Titular.

Ejemplo 1

¿Cuál sería la figura de la póliza si....

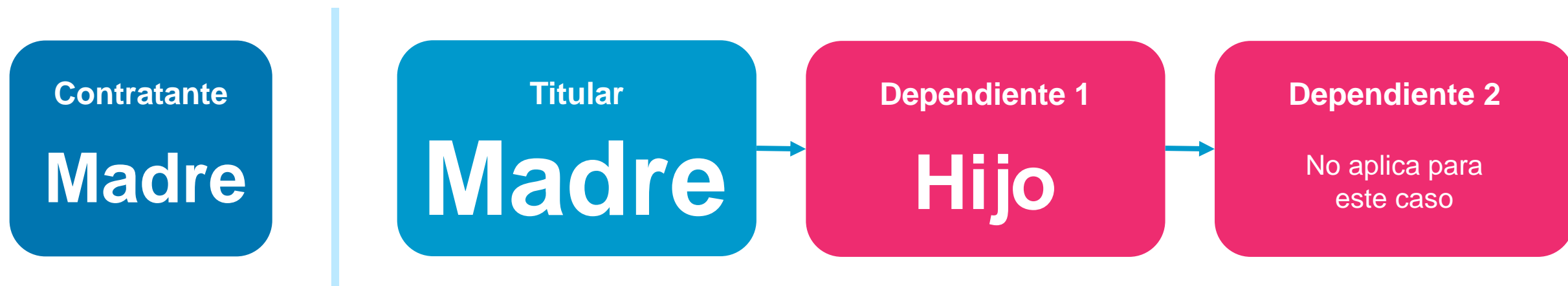
... Un padre quiere contratar un seguro de Salud para él, su esposa y su hija?



Ejemplo 2

¿Cuál sería la figura de la póliza si....

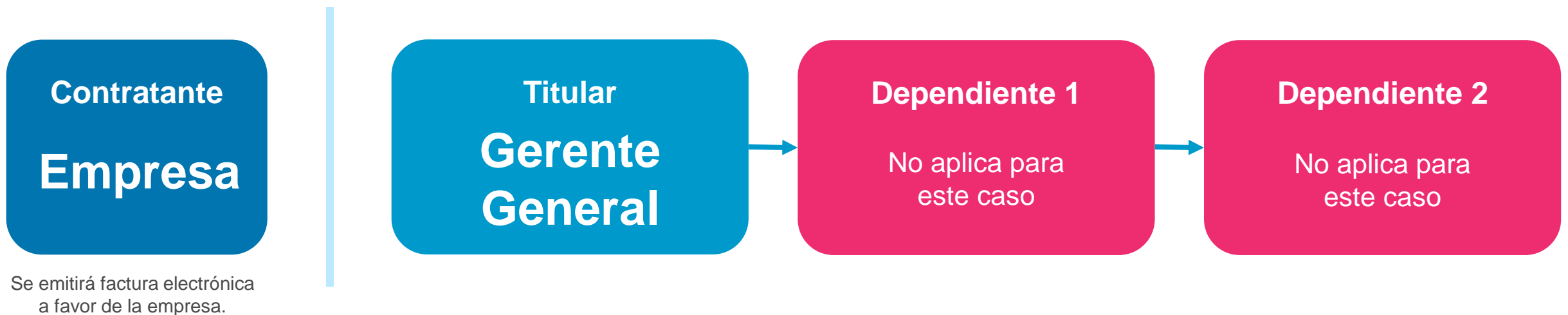
... Una madre quiere contratar un seguro de Salud para ella y su hijo?



Ejemplo 3

¿Cuál sería la figura de la póliza si....

... Una empresa quiere contratar un seguro de Salud para su Gerente General?



Ejemplo 4

¿Cuál sería la figura de la póliza si....

... Un abuelo quiere contratar un seguro de Salud para los dos hijos de su hija?



Ejemplo 4

(Continuación)

¿Cuál sería la figura de la póliza si....

... Un abuelo quiere contratar un seguro de Salud para los dos hijos de su hija?



Ejemplo 5

¿Cuál sería la figura de la póliza si....

... Un padre quiere contratar el seguro de Salud para él, su esposa, hijo e hijastra?



1. Condiciones para la contratación (Resumen)

Asegurados: Personas que se benefician de las coberturas del seguro. Edad máxima de ingreso: 65 años inclusive.

Contratante

Persona que paga la póliza.

Titular

Cónyuge o
Conviviente

Hijo 1

Hijo 2

+ Hijo 3,
Hijo 4,
Hijo 5,
Hijo n
...

La declaración es opcional



Importante:

- Si el contratante desea factura electrónica, deberá consignar un RUC en la solicitud en el campo de “Contratante”.
- El Contratante no tiene que ser un Asegurado.
- Si el Titular es menor de edad, la solicitud será firmada por el padre, madre o apoderado legal en su reemplazo.
- Si el Titular tiene menos de 1 año de vida, deberá presentar el informe del médico pediatra o neonatólogo.
- El dependiente en calidad de “Hijastro” podrá estar en la póliza siempre que la madre o padre también se encuentre dentro de la misma.

2. Preexistencia

Es toda condición de salud o enfermedad **diagnosticada y/o conocida** por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y no resuelta, previo al inicio de la cobertura del seguro.

Por ejemplo: Diabetes, Artrosis, Rotura de meniscos, Hipertensión arterial, Cáncer, entre otros diagnósticos.



2. Preexistencia

Todas las preexistencias deben ser declaradas en la solicitud de seguro.

- Una preexistencia puede ser excluida dentro de la póliza y no tendrá cobertura durante la vigencia de la póliza.
- Suscripción, después de una evaluación del riesgo, determina si algún diagnóstico es excluido dentro de la Póliza.
- Tomemos en cuenta que no todas las preexistencias son exclusiones.

Importante: No se realizan recargos por la cobertura de preexistencias.

2. Preexistencia

No se considera como preexistencias a las enfermedades del ASEGURADO que hayan sido diagnosticadas durante la vigencia de una póliza/plan de enfermedades o asistencia médica o EPS emitida por una Compañía de Seguros o EPS en el periodo inmediatamente anterior a la contratación de la presente póliza.

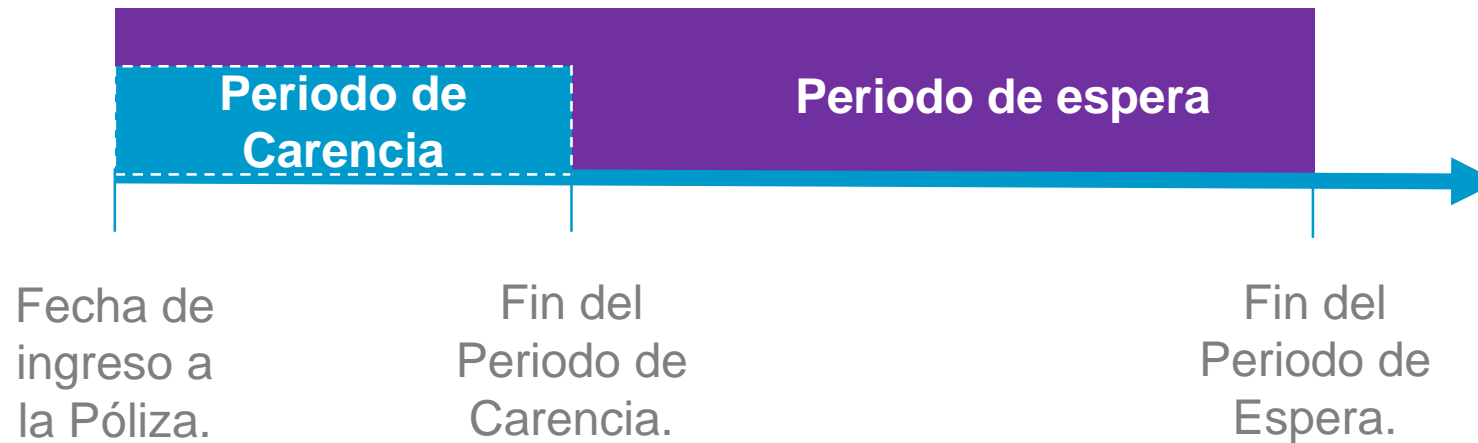


Importante: Para gozar del beneficio de **continuidad de preexistencias**, la nueva póliza podrá contratarse en los siguientes plazos:

- Hasta 120 días posteriores de haber terminado el contrato de tu Seguro de Salud Modular anterior.
- O hasta 60 días posteriores de haber terminado la cobertura de tu EPS anterior.

3. Periodo de Carencia y Espera

El Periodo de Carencia **es distinto** al Periodo de Espera.



3.1. Periodo de Carencia

- Es el tiempo durante el cual las coberturas **aún no están activas**, contados desde la fecha de ingreso del asegurado a la póliza.
- Todo diagnóstico y/o enfermedad manifestada durante este periodo **no estará sujeta a cobertura**, por lo que recibirá el mismo tratamiento que las enfermedades preexistentes.

30 días	60 días	90 días
Atenciones en el Perú	Atenciones en el Extranjero	Casos Oncológicos

3.1. Periodo de Carencia

¿Qué excepciones existen para el Periodo de Carencia?

El periodo de carencia **no** aplica para atenciones en caso de:

- Las emergencias accidentales
- Las siguientes Emergencias Médico - Quirúrgicas:
 - Apendicitis
 - Enfermedad cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico)
 - Infarto agudo de miocardio

Estas excepciones no serán de aplicación en los casos en que las enfermedades mencionadas se identifiquen como enfermedades preexistentes o exclusiones.

3.2. Periodo de Espera

- Es el tiempo durante el cual las coberturas **aún no están activas**, contados desde la fecha de ingreso del asegurado a la póliza.
- Todo diagnóstico o enfermedad manifestada en este periodo **sí estará sujeto a cobertura, luego de transcurrido dicho plazo.**

10 meses	18 meses	24 meses	36 meses
Diagnósticos y atenciones específicas	Parto y programa de maternidad	Trasplantes de órganos(*) y Enfermedades congénitas NO diagnosticadas	VIH y Hepatitis C(*)

(*) Sólo para los productos que tengan esta cobertura.

3.2. Periodo de Espera

ENFERMEDADES y
PROCEDIMIENTOS
(incluyendo pruebas
diagnósticas),
TRATAMIENTOS,
COMPLICACIONES y
sus CONSECUENCIAS.

10 meses	18 meses	24 meses	36 meses
<p>ENFERMEDADES del útero, trompas y ovarios.</p> <p>ENFERMEDADES de la mama (con excepción de cáncer de mama el mismo que iniciará luego de terminado el periodo de carencia)</p> <p>ENFERMEDADES de la columna vertebral que requieran intervenciones invasivas o quirúrgicas, incluyendo hernias del núcleo pulposo, estenosis espinal, listesis, aplastamiento vertebral, compresión medular y radicular.</p> <p>Hemorroides.</p> <p>Litiasis vesicular y/o de la vía biliar; ENFERMEDADES de la vesícula biliar.</p> <p>Cirrosis hepática.</p> <p>Litiasis del sistema urinario.</p> <p>Adenoma de próstata.</p> <p>Catarata, glaucoma, degeneración macular húmeda.</p> <p>ENFERMEDADES tiroideas.</p> <p>ENFERMEDAD cerebrovascular (con excepción del accidente cerebro vascular aguda, isquémico o hemorrágico).</p> <p>ENFERMEDAD cardiovascular incluida la dislipidemia (con excepción de infarto agudo de miocardio y angina inestable).</p> <p>Hipertensión arterial.</p> <p>Asma.</p> <p>Diabetes Mellitus.</p> <p>Hiperhidrosis.</p> <p>Osteoporosis.</p> <p>Extirpación de amígdalas o adenoides, resección submucosa del septum nasal de los cornetes, sinusitis.</p> <p>Procedimiento de Artroscopía. (exceptuando los casos de EMERGENCIA ACCIDENTAL)</p> <p>Procedimiento de Litotricia.</p> <p>Polisomnografía.</p>	<p>Parto y Programa de maternidad.</p> <p>Los controles pre-natales y/o el parto estarán cubiertos después del mes 18 de haber contratado la póliza</p>	<p>Trasplantes de órganos (*) y Enfermedades congénitas NO diagnosticadas</p>	<p>VIH y Hepatitis C (*)</p>

3.2. Periodo de Espera

Ejemplo: Programa de Maternidad (18 meses)



Afiliación del Recién Nacido

(Parto no cubierto por la Póliza)

- Presentar solicitud de seguro con motivo **“Inclusión de dependientes”**.
- Se aplicarán periodo de Carencia y Espera para el recién nacido.
- Beneficio de “Control del Niño Sano” cubierto pasado el periodo de carencia.
- No tendrá cobertura de:
 - Enfermedades congénitas (hasta pasado el periodo de espera de 24 meses).
 - Tamizaje neonatal.
 - Crio preservación del cordón umbilical para los productos que tengan el beneficio.

3.2. Periodo de Espera

Ejemplo: Programa de Maternidad (18 meses)



Afiliación del Recién Nacido (Parto cubierto por la Póliza)

- Presentar formato de inclusión de RN o correo de la titular con los datos indispensables hasta 60 días después del nacimiento.
- Se exoneran periodo de Carencia y Espera para el recién nacido.
- Beneficio de “Control del Niño Sano” activo desde la fecha de nacimiento, siempre que se haya presentado el formato o correo.

4. Deducible y Coaseguro

Son los costos asumidos por el asegurado para ser atendido.

Deducible

Monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asista al proveedor médico de la red afiliada al Producto.

Por ejemplo: Pago de la consulta

Coaseguro

Porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe asumir y pagar directamente, después de aplicar el deducible correspondiente.

Por ejemplo: Pago de farmacia, laboratorio, etc.



5. Atención



- Son los servicios médicos a los cuales tienen derecho los titulares y/o sus dependientes.
- Están sujetas a un pago (deducible y coaseguro), cuyo monto varía de acuerdo al producto contratado y clínica elegida.
- Las atenciones pueden ser:

Ambulatorias

Son las atenciones que no requieren internamiento. Se realizan a través del centro médico o clínica (presencial o virtual) o a través de Médicos a Domicilio.

Hospitalarias

Son las atenciones que si requieren internamiento.

5. Atención

Además, las atenciones ambulatorias y hospitalarias tienen dos modalidades:

Al Crédito

- Atención en cualquier proveedor médico afiliado a la Red de Pacífico Seguros.
- Sujeto al deducible y coaseguro correspondiente para las atenciones.

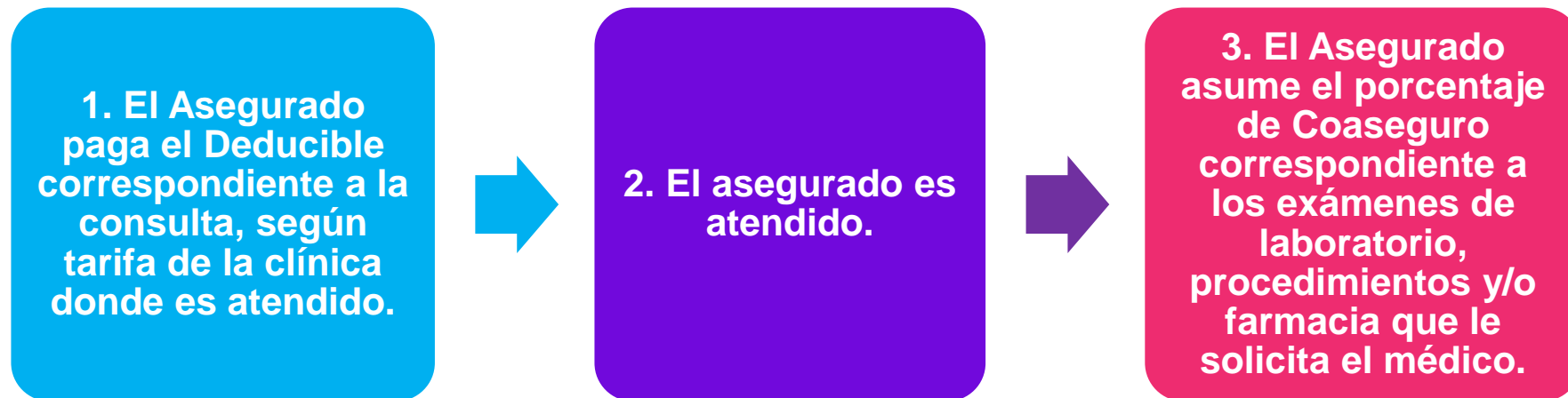
A Reembolso (*)

- Atención con proveedores o médicos no afiliados a la Red de Pacífico.
- El afiliado paga el monto total de los gastos.
- El reembolso está sujeto a las condiciones del producto contratado.

(*) Siempre que el producto contratado tenga modalidad de Reembolso.

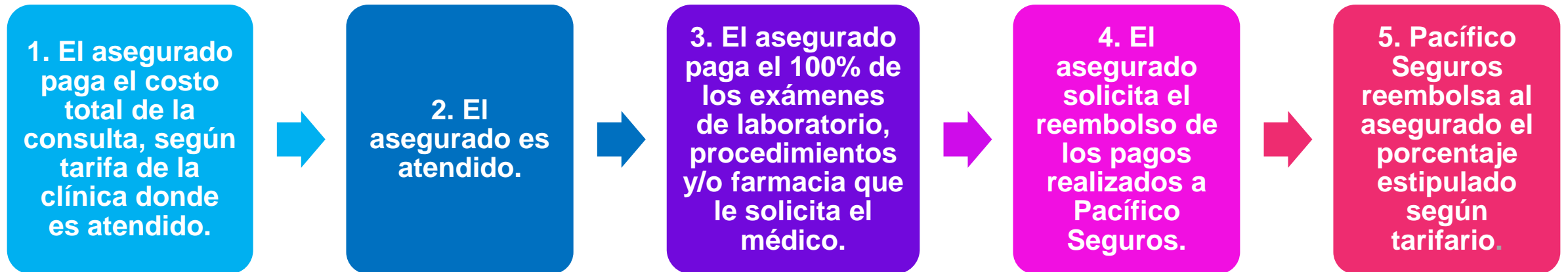
5. Atención

Ejemplo de atención al crédito



5. Atención

Ejemplo de atención a reembolso



6. Beneficio Máximo Anual (BMA)

- Es el **monto máximo de cobertura** para el titular y cada uno de sus dependientes durante un año.
- Cubre las atenciones médicas que realice cada uno (Titular y sus dependientes).
- En el caso de utilizar totalmente el beneficio anual, se renovará en la siguiente vigencia del seguro.
- Varía según cada producto contratado.

Seguros Integrales	Medicvida Internacional	Medicvida Nacional	Multisalud	Red Preferente
Beneficio Máximo Anual (BMA)	\$ 4MM	S/ 9.6MM	S/ 5MM	S/ 3.2MM

7. Emergencias

Es aquella lesión corporal o problema de salud que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata **compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles** en la persona.

Emergencia accidental

Toda lesión corporal producida por un accidente.

La cobertura se extiende hasta la rehabilitación máximo 60 días.

Emergencia médica

Aquel problema de salud que se presenta de forma súbita como manifestación de una enfermedad aguda o como recurrencia, progresión o complicación de una enfermedad crónica.



7. Urgencias

Cualquier condición de salud que requiere de atención médica, pero que **no pone en riesgo la vida** ni deja secuelas irreversibles en la persona.

Por ejemplo: Dolor abdominal leve, asma con crisis leve, contusiones, faringitis, amigdalitis, diarrea.



Emergencia y Urgencia

En cualquiera de los casos, el **médico** tratante es quien determinará el diagnóstico final de la Emergencia o Urgencia.

La emergencia está cubierta al 100% (*) **hasta la estabilización**.
En adelante, se aplicarán los deducibles y coaseguros correspondientes.

(*) En los productos Red Preferente, Multisalud y Medicvida Nacional, la **Emergencia Accidental** está cubierta al 100%. En el caso de la Emergencia Médica, aplicarán deducibles y coaseguros ambulatorios.

Las urgencias están sujetas al deducible y coaseguro ambulatorio.

Una hospitalización que derive de una emergencia estará sujeta a los deducibles y coaseguros hospitalarios.

