



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**

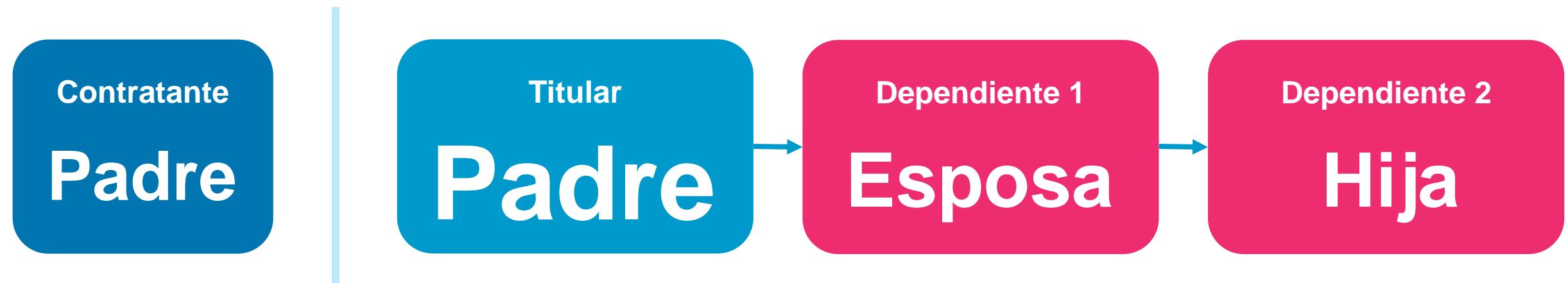
**Único responsable** de firmar la solicitud de salud.  
Si el Titular es menor de edad, la solicitud deberá ser firmada por la madre, padre o tutor legal.

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

## Ejemplo 1

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

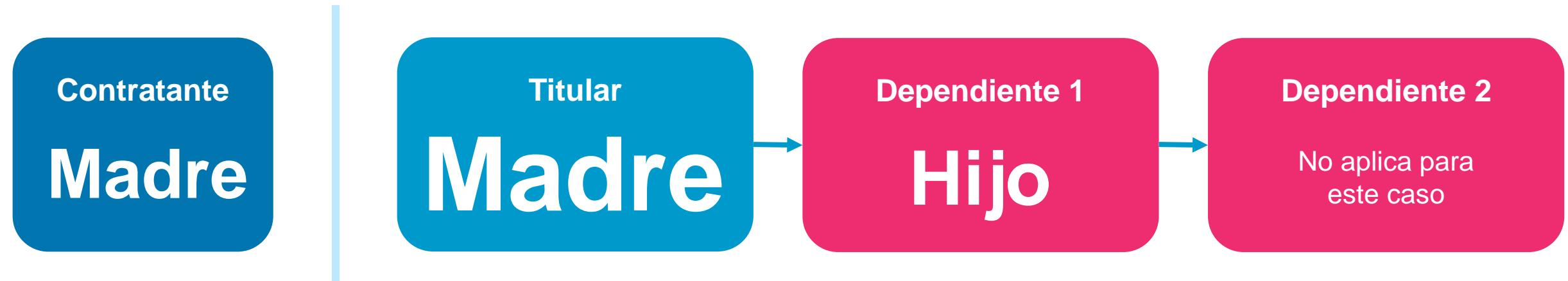
... Un padre quiere contratar un seguro de Salud para él, su esposa y su hija?



## Ejemplo 2

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

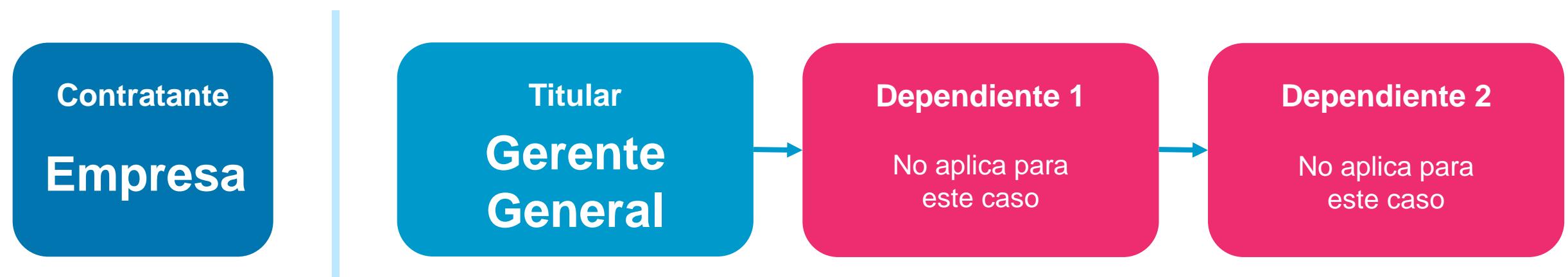
... Una madre quiere contratar un seguro de Salud para ella y su hijo?



## Ejemplo 3

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

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



Se emitirá factura electrónica  
a favor de la empresa.

## 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?

Contratante  
**Abuelo**

Solicitud 1:

Titular  
**Nieto 1**

Dependiente 1

No aplica para este caso

Dependiente 2

No aplica para este caso

Solicitud 2:

Titular  
**Nieto 2**

Dependiente 1

No aplica para este caso

Dependiente 2

No aplica para este caso



Si el Titular es menor de edad, firmará la madre, padre o apoderado legal en su reemplazo.  
Si el Titular es menor a 1 año, deberá presentar el informe del médico pediatra o neonatólogo.

## 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.

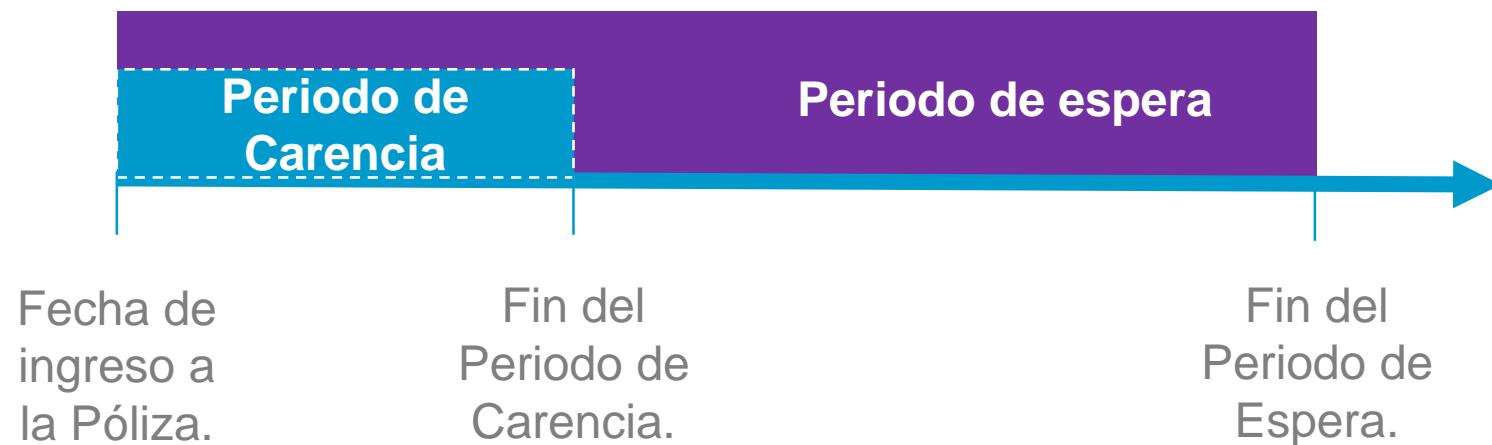


**Importante:** Para gozar del beneficio de **continuidad de preexistencias**, la nueva póliza podrá contratarse en los siguientes plazos:

- 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. Período 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><b>Parto y Programa de maternidad.</b> Los controles pre-natales y/o el parto estarán cubiertos después del mes 18 de haber contratado la póliza</p>	<p><b>Trasplantes de órganos (*) y Enfermedades congénitas NO diagnosticadas</b></p>	<p><b>VIH y Hepatitis C (*)</b></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.

### Deductible

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.

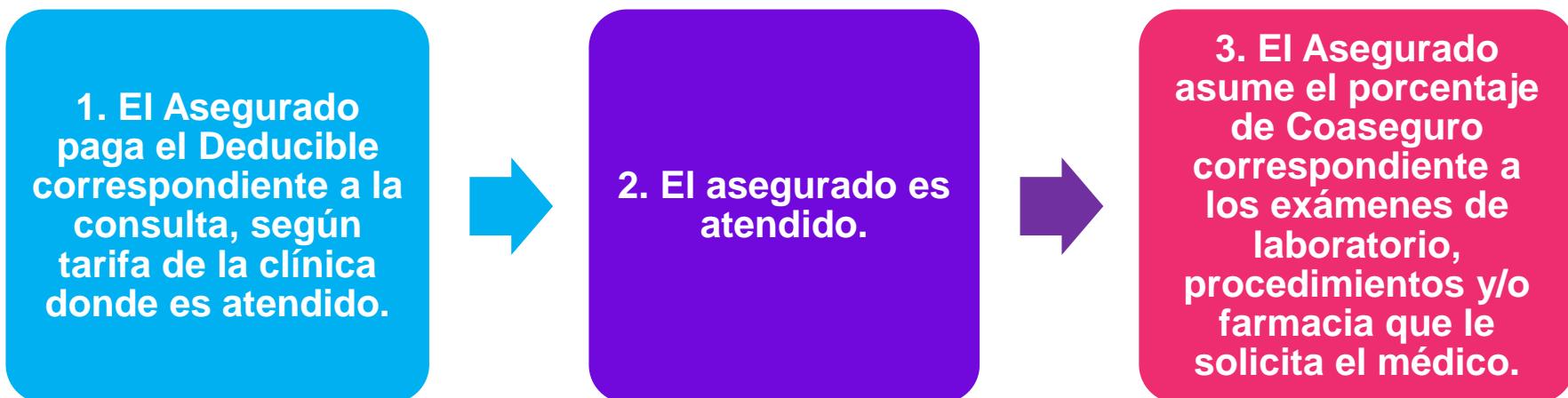
### A Reembolso (\*)

- 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.

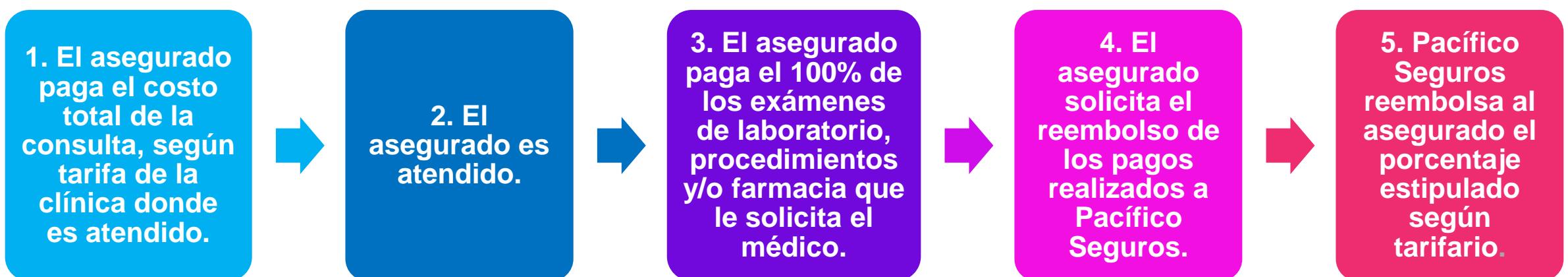
## 5. Atención

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.



pacifico