

## CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD ENTRE PACÍFICO S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD Y LA ENTIDAD EMPLEADORA

### CLÁUSULA PRIMERA.- OBJETO

En virtud del Contrato de Aseguramiento en Salud, en adelante EL CONTRATO, la IAFAS EPS otorga a LOS AFILIADOS / ASEGURADOS la cobertura obligatoria correspondiente al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud Salud –PEAS– vigente y sus modificatorias, constituyendo una cobertura obligatoria sujeta a los límites y condiciones señalados más adelante.

LOS AFILIADOS / ASEGURADOS por intermedio de EL CONTRATANTE, o independientemente cada uno de ellos, pueden contratar coberturas complementarias a la cobertura obligatoria que comprenda las atenciones de contingencias no incluidas en el PEAS correspondientes a planes complementarios, sea con IAFAS EPS o con otra IAFAS autorizada para tal efecto por SUSALUD.

Las coberturas complementarias y beneficios adicionales son de naturaleza voluntaria y se rigen conforme a las reglas establecidas en el correspondiente Contrato de Afiliación para beneficios complementarios que suscriban.

Para efectos de las presentes Cláusulas Generales, entiéndase como “ASEGURADOS” conjuntamente a los trabajadores de la ENTIDAD EMPLEADORA y a sus derechohabientes.

### CLÁUSULA SEGUNDA.- CONTENIDO

EL CONTRATO que se suscribe consta de las partes integrantes siguientes:

1. Cláusulas Generales: Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por SUSALUD que rigen los contratos de afiliación con una IAFAS. La IAFAS, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.
2. Cláusulas Particulares: Son aquellas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de IPRESS, copagos, deducibles, aportes adicionales, y las obligaciones administrativas de las partes.
3. Coberturas de Salud Complementarias: Son aquellas coberturas que se han pactado adicionalmente.
4. Plan, Programa o Producto de Salud: Documento que incluye las condiciones de cobertura y la lista de prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS.
5. 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.
6. Relación de LOS AFILIADOS / ASEGURADOS: Documento que contiene la relación detallada de LOS AFILIADOS / ASEGURADOS al presente contrato, el cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en este documento y en las normas.

### CLÁUSULA TERCERA.- DEFINICIONES

Para efectos de las Cláusulas Generales antes señaladas y, en lo que resulte aplicable, a las Cláusulas Particulares, se entiende por:

- a. Afiliación: Adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una IAFAS.

- b. Asegurado o afiliado: 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 o asegurado puede ser titular o derechohabiente y debe reunir los requisitos de afiliación correspondientes.
- c. Afiliación individual: Modalidad de afiliación mediante la cual el afiliado formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta. En el caso de los dependientes o beneficiarios, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente.
- d. Afiliación colectiva o corporativa: Modalidad de afiliación mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS, en forma voluntaria, en calidad de contratante, en virtud de un contrato suscrito con una IAFAS. En el caso de los dependientes, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente. La afiliación colectiva o corporativa puede ser obligatoria o voluntaria.
- e. 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 la IAFAS respectiva. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la IAFAS de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.
- f. 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.
- g. Beneficiario: Persona designada por el contratante, y/o afiliado o asegurado en el contrato, como titular de los derechos de acceso a las prestaciones de salud especificados en el plan, programa o producto de aseguramiento en salud.
- h. 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, en contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.
- i. Continuidad: Reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo contrato con la misma IAFAS u otra distinta, con el mismo plan, programa o producto de salud o equivalente, 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.
- j. Contratante: Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en salud con una IAFAS por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El contratante, es el único responsable frente a la IAFAS por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los asegurados.

- k. 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.
- l. 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.
- m. Exclusiones: Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Modificatoria y Tercera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que modifica el artículo 3 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinflingidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
- n. Latencia: Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la IAFAS ESSALUD y la IAFAS EPS le otorga al asegurado regular y sus derechohabientes, por la cual tienen derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante un período de latencia de hasta doce (12) meses, siempre que cuenten con un mínimo de cinco (5) meses de aportación consecutivos o no consecutivos, en los últimos tres años precedentes al cese, acogándose a dos meses de período de latencia por cada cinco meses de aportación. El período de latencia para los casos de suspensión perfecta de labores resulta de aplicación a partir de la fecha de pérdida del derecho de cobertura. Se activa cuando el asegurado dependiente o regular se encuentra en situación de desempleo o en situación de suspensión perfecta de labores.
- o. 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.
- p. Período de Carencia: Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres meses contados desde el inicio de labores de un afiliado / asegurado regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un afiliado / asegurado potestativo, el período puede ser menor a 3 meses durante el cual el afiliado / asegurado y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el contrato. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada afiliado / asegurado. Las emergencias no presentan períodos de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento. Para el caso de maternidad, resulta suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.
- q. Período de espera: Es el tiempo durante el cual el afiliado regular en actividad y/o sus derechohabientes no pueden acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de ESSALUD. El concepto de período de espera puede ser aplicado por otras IAFAS. En ningún caso, el período de espera es mayor al año contractual.
- r. Preexistencia: 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. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el PEAS.

- s. 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.
- t. 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.
- u. 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.
- v. 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.
- w. Registro de modelos de contratos y planes de salud: Es el registro administrativo a cargo de SUSALUD, que sistematiza la información de los modelos de contratos y planes de salud que comercializan las IAFAS y que cuentan con su respectivo código de registro.
- x. Relación de aseguramiento en Salud: Es el vínculo legal establecido entre la IAFAS, asegurados y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.
- y. Urgencia: Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

#### **CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURA Y CONDICIONES**

La IAFAS EPS otorga cobertura de salud contenida en el PEAS y modificatorias a LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, consistente en las prestaciones preventivas y promocionales y las prestaciones de recuperación de la salud, comprendidas en el presente CONTRATO.

La cobertura detallada en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto, contempla los mismos beneficios para todos LOS AFILIADOS / ASEGURADOS registrados en el Plan, independientemente de la remuneración del trabajador. En tal sentido sus condiciones y el acceso a las prestaciones correspondientes son iguales para todos.

La cobertura contratada comprende la atención de las dolencias preexistentes, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2012-SA. Las prestaciones de salud que forman parte de la cobertura del PEAS se otorgan sin límite de suma asegurada.

La cobertura contratada incluye la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. La cobertura máxima anual corresponde a cobertura máxima por paciente, por enfermedad y por año. Monto que debe estar basado en un estudio actuarial, el cual permita la sostenibilidad del plan de salud.

#### **CLÁUSULA QUINTA.- PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD**

La cobertura de salud que la IAFAS EPS otorga a favor de LOS AFILIADOS / ASEGURADOS en virtud del presente CONTRATO, comprende las condiciones asegurables e intervenciones y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en el Plan de Aseguramiento en Salud que forma parte de las Condiciones Particulares del presente CONTRATO.

Las prestaciones de recuperación de la salud incluyen la prestación de maternidad, la cual consiste en el cuidado de la salud de LA AFILIADA / ASEGURADA gestante, el control del embarazo y la atención del parto, extendiéndose al período de puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.

Las prestaciones de recuperación de la salud se otorgan hasta la solución total de las contingencias que aquejen a LOS AFILIADOS/ASEGURADOS e incluye la rehabilitación.

#### **CLÁUSULA SEXTA.- PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES**

Como parte de la cobertura obligatoria, se otorgan las prestaciones de prevención primaria y promoción de la salud que tienen por objeto preservar en buen estado la salud de LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas actividades se definen de la siguiente manera:

- a. Prevención Primaria: Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones).
- b. Promoción de la Salud: Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).
- c. El Plan de Aseguramiento en Salud otorga obligatoriamente las prestaciones de salud preventivas y promocionales contenidas en el PEAS, detallándose su periodicidad, diferenciándolas según edad y sexo.
- d. 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.
- e. Prestaciones de maternidad: Consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al período de puerperio.

#### **CLÁUSULA SÉPTIMA.- EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS**

Se encuentran excluidas de la cobertura contratada:

- a. Las prestaciones económicas de cualquier índole, salvo las que fueran materia de pacto especial;
- b. Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo;
- c. Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria:
  - Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras).
  - Cirugía Plástica.
  - Odontología de Estética.
  - Tratamiento de periodoncia y ortodoncia.
  - Curas de reposo y del sueño.

- Lentes de contacto.

La IAFAS EPS puede racionalizar el suministro de prótesis, órtesis y otros (sillas de rueda, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como los procedimientos, terapias o intervenciones más complejas de alto costo y con baja posibilidad de recuperación. Para la determinación de tales limitaciones se aplican las normas que dicte la IAFAS ESSALUD.

Las exclusiones y limitaciones deben constar en el Plan de Aseguramiento en Salud.

#### **CLÁUSULA OCTAVA.- DE LOS ASEGURADOS DE LA COBERTURA CONTRATADA**

La IAFAS EPS otorga la cobertura contratada detallada en las cláusulas anteriores a los trabajadores de LA ENTIDAD EMPLEADORA definidos como LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, siempre que mantengan la condición de dependencia y de ASEGURADOS dependientes o regulares del Régimen Contributivo del AUS y en tanto no elijan que la IAFAS ESSALUD les otorgue íntegramente la cobertura del citado régimen.

Asimismo, se otorga la cobertura contratada del Régimen Contributivo del AUS a los derechohabientes de los trabajadores que elijan la cobertura de la IAFAS EPS. La cobertura contratada se otorga siempre que los trabajadores de la ENTIDAD EMPLEADORA se encuentren registrados en el PDT Planilla Electrónica o su equivalente.

#### **CLÁUSULA NOVENA.- PERSONAS NO INCLUIDAS EN LA COBERTURA CONTRATADA**

La IAFAS EPS no brinda la cobertura contratada a las personas destacadas en LA ENTIDAD EMPLEADORA por alguna empresa o entidad que se dedique a la intermediación laboral que le provea de mano de obra o de servicios de cualquier clase. En tales casos, la cobertura de riesgos de salud debe ser contratada con la IAFAS EPS, por la empresa o entidad que se dedica a la intermediación laboral.

Tampoco se otorga cobertura a los trabajadores de los contratistas o subcontratistas de LA ENTIDAD EMPLEADORA, ni a los trabajadores independientes, ni a las personas que han celebrado convenios de prácticas pre-profesionales o de formación laboral juvenil con LA ENTIDAD EMPLEADORA, o cualquier otra persona que no tenga la calidad de asegurado dependiente del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como tampoco a los trabajadores que hayan elegido mantener íntegramente su cobertura en LA IAFAS ESSALUD.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA.- DERECHO DE COBERTURA OBLIGATORIA**

LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS y sus derechohabientes que hayan elegido el Plan de Aseguramiento en Salud, tienen el derecho a las prestaciones de salud, siempre que aquellos cuente con tres (3) meses de aportación consecutivos o con cuatro (4) no consecutivos dentro de los seis (6) meses calendario anteriores al mes en que se inició la contingencia y que LA ENTIDAD EMPLEADORA haya declarado y pagado o se encuentre en fraccionamiento vigente las aportaciones de los doce (12) meses anteriores a los seis (6) meses previos al mes de inicio de la atención, según corresponda.

Se considera períodos de aportación aquellos que determinan la obligación de LA ENTIDAD EMPLEADORA de declarar y pagar los aportes. Para la evaluación de los seis (6) meses previos al mes de inicio de la atención, las declaraciones efectuadas por LA ENTIDAD EMPLEADORA no surten efectos retroactivos para determinación del derecho de cobertura.

Cuando la entidad empleadora Incumpla con el criterio establecido en el primer párrafo de la presente cláusula, la IAFAS - EPS debe cubrir la prestación de salud, pero tiene el derecho de exigir a LA ENTIDAD EMPLEADORA el reembolso del costo de las prestaciones de salud brindadas.

La cobertura obligatoria a favor de LOS AFILIADOS / ASEGURADOS se inicia el primer día del mes siguiente a la fecha de la suscripción del presente contrato, siempre que cumplan con los plazos de aportación que se señala en la presente cláusula. Asimismo, los trabajadores que ingresen a LA ENTIDAD EMPLEADORA con posterioridad a la suscripción del presente contrato, y que opten por la cobertura de la IAFAS - EPS son cubiertos desde la fecha de inicio de sus labores, siempre que cumplan con los plazos de aportación previstos. Aquellos trabajadores que por primera vez se incorporen a LA ENTIDAD EMPLEADORA a prestar labores en relación de dependencia, deben previamente cumplir con los periodos de aportación que se señala para tener derecho a la cobertura de salud.

En el caso de trabajadores que decidan mantener su cobertura íntegramente en ESSALUD y que posteriormente opten por incorporarse a la IAFAS EPS para la cobertura del PEAS, inician su cobertura a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que solicitaron a su empleador su incorporación a dicho Plan, siempre que cumplan con cualquiera de los plazos de aportación al Seguro Social de Salud previstos en la presente cláusula.

Los titulares y derechohabientes afiliados a una IAFAS EPS tienen cobertura obligatoria en caso de accidentes.

En caso de maternidad de la TITULAR / ASEGURADA o, de la cónyuge o concubina del TITULAR / ASEGURADO o, de sus hijas derechohabientes, es condición para el goce de la cobertura del presente contrato, que el TITULAR / ASEGURADO (A) del seguro, haya estado afiliado al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud al momento de la concepción.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA.- CLÁUSULA DE GARANTÍA**

La IAFAS EPS se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los trabajadores y derechohabientes, en términos y condiciones equivalentes, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior plan de salud de una EPS, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 29561, Ley que establece continuidad de cobertura de preexistencias en el plan de salud de capa compleja de la EPS y su reglamento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA.- DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO**

En caso de desempleo o de suspensión perfecta de labores, los trabajadores regulares sujetos a este beneficio por mandato legal, que cuenten con un mínimo de cinco (05) meses de aportación, consecutivos o no consecutivos, durante los tres (03) años precedentes al cese o suspensión perfecta de labores y sus derechohabientes, tienen derecho a las prestaciones previstas en las cláusulas Quinta, Sexta y Séptima del presente contrato, a razón de dos (02) meses de latencia por cada cinco (05) meses de aportación.

Los períodos de latencia que se generen no pueden exceder de doce (12) meses consecutivos, contados a partir de la fecha de cese o pérdida de la cobertura ocasionada por la suspensión perfecta de labores.

Los períodos de aportación que se hayan computado efectivamente para otorgar los períodos de latencia, no se consideran para el cómputo de los períodos de calificación de los próximos períodos de latencia que se generen.

Las prestaciones se brindan de acuerdo a lo establecido en el artículo 37 del Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 004-2000-TR.

LOS AFILIADOS / ASEGURADOS tienen derecho a las prestaciones contempladas en la presente cláusula, aun cuando LA ENTIDAD EMPLEADORA incumpla con el pago de las aportaciones correspondientes a los

períodos computables para acceder a tal derecho, sin perjuicio de las facultades de la IAFAS - EPS de cobrar las obligaciones que pudiera estar adeudando LA ENTIDAD EMPLEADORA por tales períodos.

La IAFAS EPS se obliga a otorgar la cobertura obligatoria descrita en EL CONTRATO a los trabajadores que hayan disuelto su vínculo laboral con LA ENTIDAD EMPLEADORA antes del inicio de su vigencia, siempre que se encuentren gozando del derecho de latencia y hasta completar un máximo de seis (06) meses posteriores al cese de la relación laboral.

Durante el período de latencia no se devenga la obligación de efectuar los aportes a favor de IAFAS EPS correspondientes a los trabajadores desempleados o cuyo vínculo se encuentre suspendido en forma perfecta, salvo los copagos.

### **CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA.- LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

Las prestaciones, ya sean las correspondientes a la cobertura obligatoria –PEAS– o a la cobertura de los Planes Complementarios y beneficios adicionales, se otorgan en los establecimientos indicados en las Cláusulas Particulares del presente Contrato, en el cual consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante SUSALUD. LOS AFILIADOS / ASEGURADOS pueden recurrir para el otorgamiento de las prestaciones de recuperación de la salud cubiertas por el presente Contrato, a establecimientos distintos de los indicados, con cargo a obtener el reembolso de los gastos incurridos de la IAFAS EPS de acuerdo a las condiciones y límites establecidos en el Plan de Aseguramiento en Salud.

La IAFAS - EPS informa por escrito o vía correo electrónico o algún medio electrónico a LA ENTIDAD EMPLEADORA, de la interrupción o cese del servicio que brinde en alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Aseguramiento en Salud, dentro de los plazos siguientes:

1. En el caso que sea el establecimiento de salud el que tome la decisión de interrumpir el servicio, en un plazo no menor a cinco (5) días hábiles previos al cese.
2. En el caso de la suspensión de la inscripción en el Registro de IPRESS – RENIPRESS de SUSALUD, en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles de recibida la notificación por la IAFAS EPS.

Se entiende cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a LA ENTIDAD EMPLEADORA, la que a su vez, en el día, debe poner en conocimiento de este hecho a LOS AFILIADOS / ASEGURADOS

Igualmente, la IAFAS EPS asegura la continuidad de los servicios de salud en otros establecimientos de salud de su red asistencial.

Cuando la resolución del contrato o interrupción de los servicios de salud haya sido decidida por la IPRESS de la red de prestadores de servicios de salud de la IAFAS EPS, la IAFAS EPS debe informar por escrito a LOS AFILIADOS / ASEGURADOS dentro de los tres (3) días. Igualmente, la IAFAS asegura la continuidad de los servicios de salud en otras IPRESS de su red asistencial.

Para el otorgamiento de coberturas en período de latencia o para el otorgamiento de determinadas prestaciones, la IAFAS EPS, al momento de suscribir las presentes Cláusulas Generales, tiene la facultad de especificar los establecimientos de salud a los cuales pueden acudir LOS AFILIADOS / ASEGURADOS.

### **CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA.- RESPONSABILIDAD DE LA IAFAS EPS**

De conformidad con el artículo 62 del Reglamento de la Ley de Modernización de Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790, aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA, la IAFAS EPS es responsable frente a LOS AFILIADOS / ASEGURADOS por los servicios que preste con infraestructura propia o de terceros,

ya sea por las prestaciones correspondientes al PEAS (cobertura obligatoria) o a la cobertura complementaria (planes complementarios), sin perjuicio de la responsabilidad que pudiera recaer en otras personas naturales o jurídicas.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA.- SISTEMA DE REFERENCIAS**

La IAFAS EPS a través de la IPRESS que conforma su red prestacional, se obliga a atender a LOS AFILIADOS / ASEGURADOS que requieran sus servicios. Si el diagnóstico efectuado por la mencionada IPRESS, en coordinación con la IAFAS EPS, determinan que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el Plan de Aseguramiento en Salud contenido en las Cláusulas Particulares, la IAFAS EPS coordina la referencia del paciente a LA IAFAS ESSALUD. La responsabilidad de la IAFAS EPS solo culmina cuando el paciente sea admitido por la IAFAS ESSALUD.

La IAFAS EPS tiene la obligación de informar al asegurado sobre las razones que justifican su traslado dentro o fuera de la IPRESS y las condiciones en que se realiza dicho traslado a otra IPRESS, de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 14 del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

En caso de que la IAFAS ESSALUD no admita al paciente, la IAFAS EPS queda obligada a continuar con el tratamiento hasta su culminación, quedando a salvo su derecho de reclamar el costo de la atención a la IAFAS ESSALUD.

En los casos de emergencias médicas o accidentes u otras situaciones que no permitan el traslado del paciente o la previa coordinación con la IAFAS EPS correspondiente, la atención médica se brinda obligatoriamente por el centro médico u hospital requerido.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA.- APORTES**

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura contratada, LA ENTIDAD EMPLEADORA paga a la IAFAS EPS los aportes indicados en las Cláusulas Particulares, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos. Los aportes son pagados mensualmente, por parte de LA ENTIDAD EMPLEADORA.

La falta de pago oportuno de los aportes pactados o de cualquier otra suma que LA ENTIDAD EMPLEADORA adeude a la IAFAS EPS, determina la aplicación de intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes y en su defecto por las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente, hasta su total cancelación, sin necesidad de intimación para la constitución en mora.

Durante el período de latencia no se devenga la obligación de efectuar aportes a favor de la IAFAS ESSALUD, la retribución a favor de la IAFAS EPS, correspondiente a los trabajadores desempleados o cuyo vínculo se encuentre suspendido en forma perfecta, salvo los copagos.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA.- INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES**

Cuando la ENTIDAD EMPLEADORA incumpla el pago de los aportes y ocurra alguna contingencia a alguno de LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, la IAFAS EPS se encuentra obligada a cubrirlo.

De ocurrir lo mencionado en el párrafo anterior, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 36 del Reglamento de la Ley de Modernización de Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790, aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA, modificado mediante Decreto Supremo N° 020-2006-TR, la IAFAS EPS tiene derecho a exigir a la ENTIDAD EMPLEADORA el reembolso de los gastos de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

**CLÁUSULA DECIMO OCTAVA.- DERECHO DE REPETICIÓN**

LA ENTIDAD EMPLEADORA se obliga a cumplir las normas de salud ocupacional que se establezcan con arreglo a Ley. En el caso que ocurra una contingencia por incumplimiento comprobado de las normas antes señaladas, la IAFAS - EPS se encuentra obligada a cubrirla.

En tal caso, la IAFAS - EPS tiene el derecho a exigir a LA ENTIDAD EMPLEADORA el reembolso del costo de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas activas máximas autorizadas por la Ley o por la autoridad competente.

**CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA.- COPAGOS**

Las prestaciones de salud materia del presente contrato están sujetas a copagos a cargo de LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, conforme a lo dispuesto en el artículo 42 del Reglamento de la Ley de Modernización de Seguridad Social en Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA, los cuales se indican en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto.

Salvo consentimiento expreso, por cada trabajador en forma individual al tiempo de la votación, los copagos no exceden 2% de la remuneración mensual del trabajador por cada atención de carácter ambulatorio, ni el 1% de dicho ingreso por cada atención de carácter hospitalario.

No están sujetas a copago alguno las atenciones en servicio de emergencia, la prestación de salud de maternidad, ni las prestaciones preventivas y de bienestar y promoción social.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA.- REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS**

En las Cláusulas Particulares, se especifican detalladamente, los plazos de vigencia de los aportes voluntarios de los trabajadores, de los copagos, y de los aportes a ser pagados por la Entidad Empleadora, sus condiciones y las causales para proceder a su reajuste.

La IAFAS EPS únicamente puede reajustar el monto de los aportes y/o copagos pactados por las causales que detallada y expresamente constan en el presente CONTRATO, o adenda correspondiente al Plan de Aseguramiento en Salud elegido, siempre que se cumpla con las condiciones señaladas en la presente Cláusula y con las normas establecidas por SUSALUD.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, la IAFAS EPS debe cumplir con presentar a la ENTIDAD EMPLEADORA, con una anticipación no menor a quince (15 días) útiles previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, los reportes de siniestralidad debidamente sustentados y analizados, conteniendo la información mínima establecida normativamente por SUSALUD, así como una comunicación escrita o vía correo electrónico u otro medio electrónico, que la ENTIDAD EMPLEADORA debe hacer de conocimiento de los asegurados, manifestando la intención de reajustar tales montos, siempre que se encuentre dentro del periodo contractual. Los reajustes que no sean materia de observación por las partes, entran en vigencia a partir del primer día del mes siguiente.

Si LOS AFILIADOS / ASEGURADOS están de acuerdo con la modificación, la ENTIDAD EMPLEADORA debe comunicar tal decisión a la IAFAS - EPS dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada de los aportes y/o copagos deben constar en una adenda.

Si LOS AFILIADOS / ASEGURADOS no están de acuerdo con la modificación, o no responde la ENTIDAD EMPLEADORA a la IAFAS EPS dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación, EL CONTRATO se mantiene vigente hasta su fecha de vencimiento.

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 la IAFAS EPS debe señalar las medidas orientadas a la racionalización del gasto de prestaciones de salud.

La siniestralidad es el resultado de la evaluación técnica de toda la cartera de asegurados de la IAFAS EPS, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 30562 y la normativa establecida por SUSALUD.

La evaluación de la siniestralidad se realiza sumando el gasto de prestaciones de salud de los asegurados regulares (o dependientes) y sus derechohabientes, más el gasto de prestaciones de salud de los asegurados potestativos (o independientes) y sus derechohabientes, considerándolos como una sola cartera, siendo de aplicación para los planes PEAS. De forma similar se calcula la siniestralidad de los planes complementarios sumando la cartera de afiliados regulares más afiliados potestativos, considerándolos como una sola cartera.

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.

El reajuste de aportes y/o copagos se aplica en períodos semestrales, a partir del primer día del séptimo mes de vigencia del plan. Las partes pueden acordar plazos mayores.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA.- INFORMACIÓN**

LA ENTIDAD EMPLEADORA proporciona a la IAFAS EPS, en la forma y en los plazos que ésta última determine, la información señalada en las Cláusulas Particulares del presente Contrato. LA ENTIDAD EMPLEADORA debe informar a la IAFAS EPS mensualmente sobre la renuncia al Plan, el cese o la suspensión de la relación laboral de LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, dentro de los cinco (05) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia. En el caso de la inclusión de los trabajadores al Plan de Salud, la ENTIDAD EMPLEADORA informa a la IAFAS EPS, dentro de los primeros quince (15) días anteriores al mes en que se inicia la cobertura. La información que la IAFAS – EPS requiera debe guardar una razonable relación con el objeto de este contrato.

La IAFAS EPS, a través de LA ENTIDAD EMPLEADORA, proporciona a los trabajadores AFILIADOS / ASEGURADOS, copia del plan de salud contratado, de las presentes Cláusulas Generales y de las Cláusulas Particulares de la IAFAS - EPS, a fin de que el AFILIADO / ASEGURADO tome conocimiento de los mismos y esté debidamente informado. LA ENTIDAD EMPLEADORA tiene la obligación de informar a LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, a la suscripción de EL CONTRATO, a través de los medios que ésta disponga de los derechos que como asegurado le asiste conforme al artículo 13 del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado mediante 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 al PEAS, y de las coberturas complementarias, de ser el caso.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA.- EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD**

De requerirse de LOS AFILIADOS / ASEGURADOS 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/ASEGURADOS no pueden ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tales exámenes o declaraciones.

En ningún caso, LOS AFILIADOS / ASEGURADOS pagan el costo del citado examen médico, debiendo definirse en las Cláusulas Particulares la persona que asume el costo de dicho procedimiento.

La IAFAS EPS 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 VIGÉSIMO TERCERA.- PLAZO CONTRACTUAL**

El presente contrato se celebra por el plazo de un (01) año, comenzando a regir a partir del primer día del mes siguiente a su suscripción y, a su vencimiento queda automáticamente renovado por igual plazo bajo los mismos términos y condiciones, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso escrito cursado a la otra con noventa (90) días calendario de anticipación al vencimiento del plazo, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, la IAFAS EPS debe remitir la propuesta en detalle de la modificación de los términos contractuales con el sustento correspondiente, anexando la comunicación en la que señala la modificación de los términos contractuales, a fin de que LOS AFILIADOS / ASEGURADOS tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA.- DOMICILIO**

Las partes señalan como domicilio el que se indica en la introducción del presente contrato, a donde se dirigen válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas al mismo, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio por escrito y con cargo de recepción. Asimismo, se debe consignar el correo electrónico de la IAFAS EPS y de La ENTIDAD EMPLEADORA.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA.- CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**

En el caso que concluya el plazo de vigencia del contrato o suceda lo previsto en el numeral 1 de la Cláusula Vigésimo Séptima y la ENTIDAD EMPLEADORA no cuente con los servicios de otra IAFAS Entidad Prestadora de Salud, la IAFAS EPS continua prestando los servicios de salud en las mismas condiciones pactadas por un período máximo de sesenta (60) días calendarios. Durante ese lapso, la ENTIDAD EMPLEADORA o los trabajadores afiliados al Plan de Aseguramiento en Salud, según el caso, continúa efectuando los aportes correspondientes.

Culminado ese plazo, las prestaciones de salud son financiadas por la IAFAS ESSALUD hasta la fecha de inicio de la vigencia del contrato de aseguramiento en salud con otra IAFAS Entidad Prestadora de Salud.

Para que opere esta cláusula es condición necesaria que LA ENTIDAD EMPLEADORA haya convocado a elección del Plan de Salud y de la IAFAS Entidad Prestadora de Salud con anterioridad al vencimiento del plazo del contrato vigente.

En el caso que una de las partes haya manifestado su voluntad de no renovar el presente contrato y, en caso de que LA ENTIDAD EMPLEADORA no contrate a su vencimiento a otra IAFAS EPS a cargo de la cobertura del PEAS, LOS AFILIADOS / ASEGURADOS deben continuar con el íntegro de su cobertura a cargo de la IAFAS ESSALUD hasta que se inicie la vigencia de un nuevo contrato con otra o la misma IAFAS - EPS para la prestación de las coberturas de salud que correspondan, en el marco del AUS.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre LA ENTIDAD EMPLEADORA y la IAFAS EPS, así como las que se susciten entre la IAFAS EPS y LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, derivadas del presente contrato, incluidas las de su nulidad o invalidez, pueden ser sometidas de común acuerdo a la competencia del centro de conciliación o arbitraje del Servicio de Conciliación y Arbitraje en Salud que consideren pertinente, ya sea en el propio contrato o una vez suscitada la controversia, en el marco de la normativa vigente. El Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de

Salud (CECONAR), pone a disposición de las partes el listado de Centros registrados y especializados en materia de salud.

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 SÉPTIMA.- RESOLUCIÓN DE CONTRATO.**

Son causales de resolución del presente contrato las siguientes:

1. La solicitud expresa del cincuenta por ciento (50%) más uno de los trabajadores afiliados al Plan de salud. Si los trabajadores deciden convocar a elección de una nueva IAFAS Entidad Prestadora de Salud, la resolución del contrato se hace efectiva en un plazo no menor a cuarenta y cinco (45) días contados a partir de la recepción de la solicitud de resolución por la ENTIDAD EMPLEADORA. Si los trabajadores deciden retornar a la IAFAS ESSALUD, la resolución entra en vigencia el primer día del mes siguiente al de su adopción.
2. El incumplimiento en el pago de tres (3) aportes consecutivos o no consecutivos, dentro del periodo de ejecución contractual en curso. Para tal efecto, la IAFAS EPS envía una carta de requerimiento de pago, indicando el importe adeudado, el cual debe ser pagado en un plazo máximo de quince (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. En las cláusulas adicionales se pueden establecer como causales de resolución otros plazos de vencimiento de pago de aportes insolutos.
3. 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.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO OCTAVA.- 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 la IAFAS - EPS de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.

#### **CLÁUSULAS PARTICULARES:**

Detalles del Plan de Aseguramiento en Salud – PEAS.

Red de prestadores de servicios de salud.

Detalle de los asegurados incluidos los derechohabientes. Declaración de Salud.

Suscrito en la Ciudad de Lima,



**Guillermo Cesar Garrido Lecca del Rio**

**Gerente General**

**PACIFICO S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD**

**CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD ENTRE PACÍFICO S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD Y ASEGURADOS INDEPENDIENTES O POTESTATIVOS****CLÁUSULA PRIMERA.- OBJETO**

En virtud del presente Contrato de Aseguramiento en Salud, en adelante EL CONTRATO, la IAFAS otorga a EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS la cobertura del Plan de Aseguramiento en Salud correspondiente al PEAS vigente y sus modificatorias, constituyendo una cobertura obligatoria sujeta a los límites y condiciones señalados más adelante.

LOS AFILIADOS / ASEGURADOS por intermedio de EL CONTRATANTE, o independientemente cada uno de ellos, pueden contratar coberturas complementarias a la cobertura contratada que comprenda las atenciones de contingencias no incluidas en el PEAS, sea con LA IAFAS o con otra "IAFAS" autorizada para tal efecto por SUSALUD.

Las coberturas complementarias y beneficios adicionales son de naturaleza voluntaria y se rigen conforme a las reglas establecidas en el correspondiente Contrato de Afiliación para beneficios o planes complementarios que suscriban.

**CLÁUSULA SEGUNDA.- CONTENIDO**

EL CONTRATO que se suscribe consta de las siguientes partes:

1. Cláusulas Generales: Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por SUSALUD que rigen los contratos de afiliación con una IAFAS. La IAFAS, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.
2. Cláusulas Particulares: Son aquellas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de IPRESS, copagos, deducibles, aportes adicionales, y las obligaciones administrativas de las partes.
3. Coberturas de Salud Complementarias: Son aquellas coberturas que se han pactado adicionalmente.
4. Plan, Programa o Producto de Salud: Documento que incluye las condiciones de cobertura y la lista de prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS.
5. 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.
6. Relación de LOS AFILIADOS / ASEGURADOS: Documento que contiene la relación detallada de LOS AFILIADOS / ASEGURADOS al presente contrato, el cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en este documento y en las normas que lo regulan.

**CLÁUSULA TERCERA.- DEFINICIONES**

Para efectos de las Cláusulas Generales antes señaladas y, en lo que resulte aplicable, a las Cláusulas Particulares, se entiende por:

- a. Afiliación: Adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una IAFAS.

- b. Asegurado o afiliado: 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.
- c. Afiliación individual: Modalidad de afiliación mediante la cual el afiliado formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta. En el caso de los dependientes o beneficiarios, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente.
- d. Afiliación colectiva o corporativa: Modalidad de afiliación mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS, en forma voluntaria, en calidad de contratante, en virtud de un contrato suscrito con una IAFAS. En el caso de los dependientes, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente. La afiliación colectiva o corporativa puede ser obligatoria o voluntaria.
- e. 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 la IAFAS respectiva. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la IAFAS de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.
- f. 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.
- g. Beneficiario: Persona designada por el contratante, y/o afiliado o asegurado en el contrato, como titular de los derechos de acceso a las prestaciones de salud especificados en el plan, programa o producto de aseguramiento en salud.
- h. 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, en contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.
- i. Continuidad: Reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo contrato con la misma IAFAS u otra distinta, con el mismo plan, programa o producto de salud o equivalente, 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.
- j. Contratante: Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en salud con una IAFAS por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El contratante, es el único responsable frente a la IAFAS por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los asegurados.
- k. 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.

- l. 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.
- m. Exclusiones: Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Modificatoria y Tercera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que modifica el Artículo 3 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinflingidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
- n. 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.
- o. Período de Carencia: Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres meses contados desde el inicio de labores de un afiliado/asegurado regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un afiliado/asegurado potestativo, el período puede ser menor a tres (03) meses durante el cual el afiliado/asegurado y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el contrato. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada afiliado/asegurado. Las emergencias no presentan períodos de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento. Para el caso de maternidad, resulta suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.
- p. Período de espera: Es el tiempo durante el cual el afiliado regular en actividad y/o sus derechohabientes no pueden acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de ESSALUD. El concepto de período de espera puede ser aplicado por otras IAFAS. En ningún caso, el período de espera es mayor al año contractual.
- q. Preexistencia: 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. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el PEAS.
- r. 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.
- s. 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.
- t. 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.
- u. 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. v. Registro de modelos de contratos y planes de salud: Es el registro administrativo a cargo de SUSALUD, que sistematiza la información de los modelos de contratos y planes de salud que comercializan las IAFAS y que cuentan con su respectivo código de registro.

- v. Relación de aseguramiento en Salud: Es el vínculo legal establecido entre la IAFAS, asegurados y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.
- w. Urgencia: Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

#### **CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURA Y CONDICIONES**

La IAFAS otorga cobertura a EL AFILIADO / ASEGURADO O LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, consistente en las prestaciones preventivas y promocionales y las prestaciones de recuperación de la salud, comprendidas en el Plan de Aseguramiento en Salud, que forma parte integrante del presente CONTRATO.

La cobertura contratada detallada en el Plan de Salud adjunto, contempla los mismos beneficios para EL AFILIADO / ASEGURADO O LOS AFILIADOS / ASEGURADOS registrados en el Plan. En tal sentido sus condiciones y el acceso a las prestaciones correspondientes son iguales para todos.

La cobertura detallada en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto comprende la atención de las dolencias preexistentes, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.

La cobertura máxima anual corresponde a la cobertura máxima por paciente, por enfermedad y por año, la cual se establece de acuerdo a las condiciones establecidas por cada IAFAS. Monto que debe estar basado en un estudio actuarial, el cual permita la sostenibilidad del plan de salud.

#### **CLÁUSULA QUINTA.- PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD**

La cobertura de salud que la IAFAS otorga a favor de EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS en virtud del presente CONTRATO, comprende las condiciones asegurables e intervenciones y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en el Plan de Aseguramiento en Salud que forma parte de las Condiciones Particulares del presente CONTRATO.

Las prestaciones de recuperación de la salud incluyen la prestación de maternidad, la cual consiste en el cuidado de la salud de LA AFILIADA / ASEGURADA gestante, el control del embarazo y la atención del parto, extendiéndose al período de puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.

Las prestaciones de recuperación de la salud se otorgan hasta la solución total de las contingencias que afecten a EL AFILIADO / ASEGURADO O LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, e incluyen rehabilitación.

#### **CLÁUSULA SEXTA.- PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES**

Como parte de la cobertura obligatoria, se otorgan las prestaciones de prevención primaria y promoción de la salud que tienen por objeto preservar en buen estado la salud del AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas actividades se definen de la siguiente manera:

- a) Prevención Primaria: Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones).
- b) Promoción de la Salud: Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).

El Plan de Salud otorga obligatoriamente las prestaciones de salud preventivas y promocionales contenidas en el PEAS detallándose su periodicidad, diferenciándolas según edad y sexo.

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.

- c) Prestaciones de maternidad: Consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al período de puerperio. El período de puerperio será aplicado a la madre gestante y al cuidado del recién nacido por un período de hasta treinta (30) días después del parto, siempre que EL CONTRATO se encuentre vigente. Si el nacimiento se produce durante el último período de la cobertura de EL CONTRATO, las prestaciones de salud al neonato se brindan como máximo hasta la fecha de cobertura que otorga el último aporte efectuado, salvo que EL CONTRATO sea renovado.
- d) Otros servicios.

#### **CLÁUSULA SÉPTIMA.- EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS**

Se encuentran excluidas de la cobertura contratada:

- a. Las prestaciones económicas de cualquier índole, salvo las que fueran materia de pacto especial;
- b. Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, en el caso de IAFAS EPS;
- c. Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria;
- Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras).
  - Cirugía Plástica.
  - Odontología de Estética. - Tratamiento de periodoncia y ortodoncia.
  - Curas de reposo y del sueño.
  - Lentes de contacto.

La IAFAS puede racionalizar el suministro de prótesis, órtesis y otros (sillas de rueda, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como los procedimientos, terapias o intervenciones más complejas de alto costo y con baja posibilidad de recuperación. Para la determinación de tales limitaciones son de aplicación las normas aprobadas por el MINSA o la IAFAS ESSALUD en el caso de la IAFAS EPS.

#### **CLÁUSULA OCTAVA.- DE LOS AFILIADOS / ASEGURADOS DE LA COBERTURA CONTRATADA**

La IAFAS otorga la cobertura PEAS, además de la cobertura detallada en las Cláusulas Particulares del presente contrato a EL AFILIADO / ASEGURADO o AFILIADOS / ASEGURADOS, siempre que mantengan la condición de afiliados al presente Plan de Aseguramiento en Salud.

**CLÁUSULA NOVENA.- INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA CONTRATADA**

La fecha de inicio de la cobertura de salud debe constar en el Plan de Aseguramiento en Salud correspondiente.

EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS gozan de cobertura, siempre que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:

1. EL AFILIADO / ASEGURADO O LOS AFILIADOS / ASEGURADOS cumplan con realizar los aportes efectivamente cancelados, en función al contenido y naturaleza del plan, programa o producto elegido.
2. Los recién nacidos se encuentran cubiertos por el Plan de Aseguramiento en Salud contratado hasta el trigésimo (30) día de vida post natal.
3. La incorporación de nuevos dependientes al presente contrato debe constar en una cláusula adicional quedando sujetos al período de carencia, salvo pacto en contrario que lo reduzca, o en caso corresponda otorgar cobertura de continuidad.
4. El período de carencia puede ser menor a tres (3) meses en el caso de contratos con IAFAS EPS.
5. No existe período de carencia en caso de:
  - Accidentes; - Atención de Emergencia, según la normativa vigente.
  - Renovación del presente contrato.
  - Cambio de Plan o programa de salud, a fin de cumplir con la continuación de cobertura de preexistencias, de acuerdo a normativa vigente.
  - Se haya rehabilitado la cobertura. En este caso, el AFILIADO / ASEGURADO debe contar con, al menos, tres (3) aportes consecutivos.
  - Atenciones de maternidad, para lo cual la condición es que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.
  - El incorporado al Plan de Salud dentro de los treinta (30) días de nacido.

**CLÁUSULA DÉCIMA.- LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

El otorgamiento de las prestaciones de salud preventivo promocionales y de recuperación de la salud cubiertas por el presente CONTRATO, se otorgan en las IPRESS señaladas en las Cláusulas Particulares, en las cuales consta la dirección de los establecimientos de salud y su número de registro ante SUSALUD. EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS pueden recurrir para el otorgamiento de las prestaciones de recuperación de la salud cubiertas por el presente Contrato, a establecimientos de salud distintos de los indicados, con cargo a obtener el reembolso de los gastos incurridos de la IAFAS, siempre que cuente con este beneficio, de acuerdo a las condiciones y límites establecidos en el Plan de Aseguramiento en Salud.

La IAFAS informa por escrito a EL AFILIADO / ASEGURADO O LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, dentro de un plazo no mayor a dos (02) días hábiles, la interrupción o cese del servicio que brinde en alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Aseguramiento en 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 EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS.

Cuando la resolución del contrato o interrupción de los servicios de salud haya sido decidida por la IPRESS de la red de prestadores de servicios de salud de la IAFAS, la IAFAS debe informar por escrito a EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS dentro de los tres (03) días hábiles siguientes de ocurrido el hecho. Igualmente, la IAFAS asegura la continuidad de los servicios de salud en otras IPRESS de su red asistencial.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA.- APORTES**

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura contratada, EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS pagan a la IAFAS, de acuerdo con la periodicidad y condiciones pactadas, el aporte indicado en las Cláusulas Particulares, monto que incluye los tributos de ley y gastos correspondientes.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA.- INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES**

La falta de pago oportuno de los aportes pactados o de cualquier otra suma que EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS adeuden a la IAFAS, origina la suspensión automática de la cobertura otorgada en EL CONTRATO, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento de pago.

La IAFAS comunica a EL AFILIADO / ASEGURADO, 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.

En tal caso, la IAFAS, salvo pacto en contrario incluido en las Cláusulas Particulares, tiene derecho a exigir a EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS el reembolso de los costos de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

Si EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS que han incurrido en mora cumplen con ponerse al día en los aportes adeudados, recobran el derecho a gozar de los beneficios de EL CONTRATO a partir del día hábil siguiente de efectuado el pago, pero sin efecto retroactivo, por lo que en ningún caso responde la IAFAS por contingencias ocurridas, iniciadas o como consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS se encontraban en mora en el pago de los aportes, aun cuando la contingencia se prolongue al período en que se rehabilite la cobertura.

EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS no recobran el derecho si la IAFAS hubiere optado por la resolución del contrato por cualquiera de las causales previstas en la Cláusula Vigésimo Tercera del presente contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA.- COPAGOS**

Las prestaciones materia del presente contrato están sujetas a copagos a cargo de EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, los cuales se indican en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto. No están sujetas a copago alguno las atenciones en servicios de emergencia, la prestación de salud de maternidad, en el caso que el financiador sea una IAFAS EPS, ni las prestaciones preventivas y de bienestar y promoción social.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA.- REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS**

En las Cláusulas Particulares, se especifican detalladamente los plazos de vigencia de los copagos y de los aportes a cargo de EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, así como las condiciones, causales y procedimiento para proceder a su reajuste.

La IAFAS únicamente puede reajustar el monto de los aportes y/o copagos pactados por las causales que en forma detallada y expresa constan en el presente CONTRATO, o adenda correspondiente al Plan de Aseguramiento en Salud elegido, siempre que se cumpla con las condiciones señaladas en la presente Cláusula y con las normas establecidas por SUSALUD.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, la IAFAS debe cumplir con presentar a EL AFILIADO / ASEGURADO, o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS con una anticipación no menor a quince (15 días) útiles previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, los reportes de siniestralidad debidamente sustentados y analizados, conteniendo la información mínima establecida normativamente por SUSALUD, así como una comunicación escrita o vía correo electrónico u otro medio electrónico, manifestando la intención de reajustar tales montos, siempre que se encuentre dentro del periodo contractual. Los reajustes no observados por las partes, entran en vigencia a partir del primer día del mes siguiente.

Si el AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS están de acuerdo con la modificación deben comunicar su decisión, por escrito o vía correo electrónico u otro medio electrónico, a la IAFAS dentro del plazo de treinta (30) días calendario, contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada debe constar en una ADENDA a EL CONTRATO.

Si el AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS no están de acuerdo con la modificación propuesta por la IAFAS o no responde a la comunicación cursada en el plazo previsto en el párrafo anterior, EL CONTRATO se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, fecha en la cual EL CONTRATO culmina.

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 la IAFAS debe señalar las medidas orientadas a la racionalización del gasto de prestaciones de salud.

En el caso de la IAFAS EPS, la evaluación de la siniestralidad se realiza sumando el gasto de prestaciones de salud de los asegurados regulares (o dependientes) y sus derechohabientes, más el gasto de prestaciones de salud de los asegurados potestativos (o independientes) y sus derechohabientes, considerándolos como una sola cartera, siendo de aplicación para los planes PEAS. De forma similar se calcula la siniestralidad de los planes complementarios sumando la cartera de afiliados regulares más afiliados potestativos, considerándolos como una sola cartera.

El reajuste de aportes y/o copagos, se aplica en períodos semestrales a partir del primer día del séptimo mes de vigencia del plan. Las partes pueden acordar plazos mayores.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA.- SISTEMA DE REFERENCIAS**

La IAFAS se obliga a atender a EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS que requieran sus servicios. Si el diagnóstico efectuado por la IAFAS determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el Plan de Aseguramiento en Salud contenido en las Cláusulas Particulares, la IAFAS coordina la referencia del paciente a otra IPRESS. La responsabilidad de la IAFAS solo culmina cuando el paciente sea admitido por la citada IPRESS. La IAFAS tiene la obligación de informar al asegurado sobre las razones que justifican su traslado dentro o fuera de la IPRESS y las condiciones en que se realiza su traslado a otra IPRESS, de conformidad con el procedimiento establecido en el Artículo 14 del "Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud", aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

En los casos de emergencias médicas o accidentes u otras situaciones que no permitan el traslado del paciente o la previa coordinación con la IAFAS correspondiente, la atención médica se presta obligatoriamente por el centro médico u hospital requerido.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA.- INFORMACIÓN**

EL AFILIADO / ASEGURADO proporciona a LA IAFAS, en la forma y en los plazos que se establece en las Cláusulas Particulares del presente Contrato, la información señalada en las mismas. EL AFILIADO / ASEGURADO debe informar a LA IAFAS sobre la inclusión o la exclusión de LOS AFILIADOS / ASEGURADOS al plan, dentro de los cinco (05) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia.

La IAFAS debe poner a disposición de EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, 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 Aseguramiento en Salud ofertado, y de las Cláusulas Generales y Cláusulas Particulares del contrato, a fin de que EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS tomen conocimiento de los mismos y estén debidamente informados.

La IAFAS tiene la obligación de informar a EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, a la suscripción de EL CONTRATO, a través de los medios que ésta disponga, de los derechos que como asegurado le asiste conforme al Artículo 13 del “Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud”, 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 al PEAS, y de las coberturas complementarias, de ser el caso.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA.- EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD**

De requerirse a EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS una declaración jurada de salud o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente contrato o durante su vigencia, EL ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS no pueden ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tales exámenes o declaraciones.

En ningún caso, LOS AFILIADOS / ASEGURADOS pagan el costo del citado examen médico, debiendo definirse en las Cláusulas Particulares la persona que asume el costo de dicho procedimiento.

La IAFAS 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 OCTAVA.- PLAZO CONTRACTUAL**

Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente contrato rige a partir del día siguiente de su suscripción. 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 electrónico cursado a la otra parte con quince (15) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, debe remitir la propuesta de detalle de la modificación con el sustento correspondiente, a fin de que EL AFILIADO / ASEGURADO O LOS AFILIADOS / ASEGURADOS tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta.

Se adquiere la calidad de EL AFILIADO / ASEGURADO o LOS AFILIADOS / ASEGURADOS, desde la fecha en que se suscribió el contrato y se incorporaron al plan de salud y mantienen todos sus derechos en tanto el contrato esté vigente por renovación inmediata.

La IAFAS no puede negar la renovación del contrato ante la aparición de alguna enfermedad sobreviniente contraída por EL ASEGURADO o LOS ASEGURADOS, durante el período de vigencia del contrato.

#### **CLAUSULA DÉCIMO NOVENA.- DOMICILIO**

Las partes señalan como domicilio el que se indica en la introducción del presente contrato y el correo electrónico u otro medio de comunicación electrónica a donde se dirigen válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este contrato, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio por escrito y con cargo de recepción.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre LA ENTIDAD EMPLEADORA y la IAFAS EPS, así como las que se susciten entre la IAFAS EPS y LOS ASEGURADOS, derivadas del presente contrato, incluidas las de su nulidad o invalidez, pueden ser sometidas de común acuerdo a la competencia del centro de conciliación o arbitraje del Servicio de Conciliación y Arbitraje en Salud que consideren pertinente, ya sea en el propio contrato o una vez suscitada la controversia, en el marco de la normativa vigente. El Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR), pone a disposición de las partes el listado de Centros registrados y especializados en materia de salud.

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 PRIMERA.- RESPONSABILIDAD DE LA IAFAS EPS**

De conformidad con el Artículo 62 del Reglamento de la Ley de Modernización de Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790, aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA, la IAFAS EPS es responsable frente a LOS ASEGURADOS por los servicios que preste con infraestructura propia o de terceros, ya sea por las prestaciones correspondientes al PEAS (cobertura obligatoria) o a la cobertura complementaria (planes complementarios), sin perjuicio de la responsabilidad que pudiera recaer en otras personas naturales o jurídicas.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA.- PERÍODO DE ESPERA**

La IAFAS no EPS puede aplicar un período de espera variable, dependiendo de la complejidad del diagnóstico, el cual se establece como acuerdo de partes y consta en el Plan de Salud. Se computa desde la vigencia de EL CONTRATO.

En ningún caso el Período de Espera puede ser mayor al año contractual.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA.- RESOLUCIÓN DE CONTRATO.**

Son causales de resolución del presente contrato las siguientes:

1. El mutuo acuerdo de las partes.

2. El fallecimiento del AFILIADO / ASEGURADO.
3. El incumplimiento en el pago de tres (3) aportes consecutivos, salvo pacto en contrario incluido en las Cláusulas Particulares, dentro del periodo de ejecución contractual en curso. Para tal efecto, la IAFAS envía una carta de requerimiento de pago, indicando el importe adeudado, el cual debe 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. En las cláusulas adicionales se pueden establecer como causales de resolución otros plazos de vencimiento de pago de aportes insolutos.
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 obligación en el plazo de treinta (30) días calendario, bajo pena de resolución del contrato. Si la obligación no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato queda automáticamente resuelto.

Las partes quedan obligadas al cumplimiento de sus prestaciones de salud hasta el momento en que se haga efectiva la resolución del contrato.

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

#### **CLÁUSULAS PARTICULARES:**

Detalles del Plan de Aseguramiento en Salud.

Detalles de las coberturas adicionales.

Red de prestadores de servicios de salud.

Detalle de los asegurados incluidos los derechohabientes. Declaración de Salud.

Suscrito en la Ciudad de Lima,



**Guillermo Cesar Garrido Lecca del Rio**

**Gerente General**

**PACIFICO S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD**