

RESUMEN CONDICIONADO DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA "Salud en Casa"

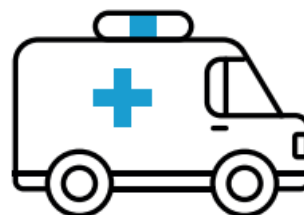
PACIFICO ofrece a través de nuestro proveedor **ASISTENCIA 365 S.A.C** los siguientes servicios de asistencia médica las 24 horas del día, los 365 días del año llamando al número **(01) 613 6372**.

La información detallada se encuentra en el condicionado de servicios del programa adjunto



Médico a domicilio

Copago de S/35 sin límite de veces



Ambulancia para traslados de emergencia

Máximo 2 veces al año



Consultas médicas generales por videollamadas

Máximo 12 veces al año



Médico pediatra a domicilio

Copago de S/50 y máximo 4 veces al año



Consultas médicas generales vía telefónica

Ilimitadas veces

Adicionalmente



Servicio de enfermería a casa para inyecciones, suero, cambios de vía
Copago de S/25 y máximo 2 veces al año



Control de medicamentos y tratamientos
Sin costo e ilimitadas veces al año



Envío de medicamentos a domicilio
Sólo delivery desde tu Farmacia, no incluye costo de productos

CONDICIONADO DEL SERVICIOS DEL PROGRAMA “SALUD EN CASA”
SUSCRITO ENTRE ASISTENCIA 365 S.A.C Y PACIFICO SEGUROS.

1. INTRODUCCION.

PACIFICO con su programa “**PACIFICO SALUD_VIDA**”, le brinda Asistencia médica ante cualquier eventualidad las 24 horas del día, los 365 días del año. Con tan sólo una llamada, dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier problema, sujetándose para ello al presente contrato.

2. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

2.1 DEFINICIONES.

Siempre que se utilicen letras mayúsculas en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

- A) **PACIFICO:** PACIFICO SEGUROS.
- B) **I365:** ASISTENCIA 365 S.A.C
- C) **ASEGURADO:** Es la persona física **ASEGURADO** a **PACIFICO** que se haya **ASEGURADO** a “**PACIFICO SALUD_VIDA**”. Dentro de este rubro se entenderán como Beneficiarios del **ASEGURADO** el cónyuge, hijos y/o dependientes menores de 18 años que vivan permanentemente y bajo la dependencia económica del **ASEGURADO**, quienes podrán gozar de todos los servicios a los que tiene derecho el **ASEGURADO** de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.
- D) **TITULAR:** **ASEGURADO** principal de **PACIFICO**.
- E) **NUEVOS SOLES:** La moneda en curso legal en la República del Perú
- F) **SERVICIOS:** Los servicios de asistencia contemplados en “**PACIFICO**” y que se refiere el presente documento.
- G) **SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Todo hecho imprevisto o acto del hombre, accidente, avería ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidas en el documento, que den derecho a la prestación de los **SERVICIOS**.
- H) **ACCIDENTE:** Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales a un **ASEGURADO**, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad) que ocurra a un **ASEGURADO** durante la vigencia del presente documento.
- I) **FAMILIAR:** Cónyuge e hijos y/o dependientes económicos de un **ASEGURADO** menores de 18 años.
- J) **FECHA DE INICIO:** Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece **I365** estarán a disposición de los **ASEGURADOS** de **PACIFICO SEGUROS**.
- K) **PAÍS DE RESIDENCIA:** La república del Perú.
- L) **REPRESENTANTE:** Cualquier persona, sea o no acompañante del **ASEGURADO** que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.
- M) **TERRITORIALIDAD:**
Lima Metropolitana, Callao y Balnearios
Lima Metropolitana: Todos los distritos, además de Callao y Balnearios
Departamento de Lima:

Por el Norte: hasta Chancay.
Por el Sur: hasta Cañete
Por el Este: hasta San Mateo, Ticlio y Cieneguilla.

Lima Metropolitana exceptuando Ancón, Punta Hermosa, San Bartolo, Santa María y Pucusana.

Provincias:

Radio de Cobertura

Los beneficios de emergencias están disponibles en:

Cobertura en Trujillo: Los distritos de:

- Trujillo
- Victor Larco
- Moche
- Huanchaco

Cobertura en Chiclayo: Los distritos de

- Chiclayo
- La Victoria
- José Leonardo Ortiz
- Pimentel

Cobertura en Piura: Los distritos de

- Piura
- Castilla
- Catacaos

Cobertura en Arequipa: Los distritos de

- Arequipa (Cercado)
- Yanahuara
- Cayma
- Sachaca
- José Luis Bustamante y Rivero
- Cerro Colorado

Para el caso de **CUSCO** se cuenta con los beneficios adicionales de Servicio de emergencia para el hogar, Médicos en línea, Ambulancia por accidente:

Los distritos de:

- Cusco
- San Jeronimo
- San Sebastian
- Santiago
- Wanchaq

3. BENEFICIOS.

3.1. ASISTENCIA MÉDICA

i. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA:

- a. En caso de que el **AFILIADO**, su cónyuge e hijos menores de edad requieran de una consulta telefónica con un médico en medicina general, ante cualquier molestia que sufriera

(situaciones que no sean consideradas “emergencias”), **EL PROVEEDOR** pondrá a su disposición, un enlace telefónico en el que un médico pueda absolver su consulta. En ningún caso podrá ser responsabilidad de **PACIFICO SEGUROS** el resultado, o las consecuencias del diagnóstico, tratamiento y/o similar, derivada de la consulta realizada por el **ASEGURADO**.

- b. Este servicio, salvo por causas de fuerza mayor, estará a disposición del ASEGURADO las 24 horas del día, los 365 días del año, con sólo llamar a nuestra Central de Asistencias.
- c. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN COSTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS AL AÑO.**
- d. **NIVEL DE ATENCIÓN DE SERVICIO (ANS) COMPROMETIDO: Enlace en un tiempo no mayor a 5 min.**

ii. ENVÍO DE MÉDICO A DOMICILIO

- a. En caso de que el **AFILIADO** o su cónyuge sufran una enfermedad o padecimiento del momento y que requiera la evaluación o diagnóstico de un Médico en medicina general, **EL PROVEEDOR** gestionará y cubrirá el costo del traslado del médico a la residencia del AFILIADO, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del **AFILIADO** o su cónyuge siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, y con ello brindarle la receta médica correspondiente.
- b. Las visitas médicas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados por **EL PROVEEDOR**, no están cubiertas, e **EL PROVEEDOR** no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el AFILIADO o terceros.
- c. El servicio aquí indicado se realizará con: **un CO PAGO DE S/. 35.00 NUEVOS SOLES POR EVENTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS.***
- d. **NIVEL DE ATENCIÓN DE SERVICIO (ANS)COMPROMETIDO: En tiempo de atención se encuentra en un rango de 60 a 120 min u horario coordinado con el cliente. *El presente servicio no expide descansos médicos.**

iii. ENVÍO DE MÉDICO PEDIATRA A DOMICILIO

- a. En caso de que el **AFILIADO Y SU FAMILIA** requieran la evaluación o diagnóstico de un Médico Pediatra para su o sus menores hijos, **EL PROVEEDOR** gestionará y cubrirá el costo del traslado del médico a la residencia del **AFILIADO**, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del **AFILIADO Y SU FAMILIA** siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, y con ello brindarle la receta médica correspondiente.
- b. Las visitas médicas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados por **EL PROVEEDOR**, no están cubiertas, e **EL PROVEEDOR** no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el **AFILIADO** o terceros.
- c. El servicio aquí indicado se realizará con: **un CO PAGO DE S/. 50.00 NUEVOS SOLES POR EVENTO Y 4 EVENTOS COMO MÁXIMO AL AÑO.**
- d. **NIVEL DE ATENCIÓN DE SERVICIO (ANS)COMPROMETIDO: En tiempo de atención se encuentra en un rango de 60 a 120 min u horario coordinado con el cliente.**

iv. ENFERMERA A DOMICILIO PARA PROCEDIMIENTO:

- a. En caso de que **EL AFILIADO** o su cónyuge requieran de una enfermera para los servicios de Inyecciones, Suero y Cambios de Vía (que no sean situaciones de emergencia), **EL PROVEEDOR** coordinará el envío de una enfermera para realizar los procedimientos

mencionados.

- b. La permanencia de la enfermera será como máximo 60 minutos.
- c. El servicio aquí indicado se realizará: **un CO PAGO DE S/. 25.00 NUEVOS SOLES POR EVENTO Y 2 EVENTOS AL AÑO.**
- d. **NIVEL DE ATENCIÓN DE SERVICIO (ANS)COMPROMETIDO: Servicios programados.**

v. **TELEMEDICINA**

- a. En caso de que el **AFILIADO** o su cónyuge requieran de una consulta médica por video llamada ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), **EL PROVEEDOR** gestionará la habilitación de un consultorio virtual con un médico en medicina general, para que absuelva su consulta.
- b. El servicio aquí indicado tendrá los siguientes límites y eventos: **SIN COSTO Y CON UN MÁXIMO DE 12 EVENTOS POR AÑO.**
- c. Para hacer uso de la telemedicina el **AFILIADO** deberá comunicarse previamente con la central de emergencias y solicitar la cita. Este servicio se brindará las 24 horas del día para poder atender las agendas de citas, y el horario de atención con el médico será de 8:00 am a 8:00 pm.
- d. **IMPORTANTE:** el afiliado debe previamente llamar a la central para que le enviemos luego del triaje telefónico un link por mail y por SMS para la video consulta.
- e. **NIVEL DE ATENCIÓN DE SERVICIO (ANS)COMPROMETIDO: de 2 a 4 horas.**

vi. **ENVÍO DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO**

- a. En caso de ser recetado algún medicamento durante la visita del médico, el afiliado puede solicitar el servicio de la compra de sus medicamentos y entrega a domicilio. El costo de los medicamentos será cubierto en su totalidad por el **AFILIADO**.
- b. El servicio aquí indicado tendrá los siguientes límites y eventos: **SIN COSTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO.**

vii. **CONTROL DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS**

- a. Cuando el **AFILIADO** o su cónyuge, necesiten la programación de la toma de sus medicamentos y/o tratamiento por alguna indicación médica. **EL PROVEEDOR** se pondrá en contacto con el **AFILIADO** o su cónyuge para indicarle que tiene a su disposición el proceso de control de medicamentos y tratamientos, si el cliente está de acuerdo se procede con la agenda de programación hacerle recordar lo indicado por el médico (análisis de laboratorio, toma de medicamentos, etc.).
- b. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **SIN COSTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO.**

viii. **TRASLADO MÉDICO TERRESTRE (AMBULANCIA)**

- a. En caso de que el **AFILIADO** o su cónyuge sufra una enfermedad grave o accidente automovilístico que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su

hospitalización, **EL PROVEEDOR** gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita.

- b. En caso de no existiera, **EL PROVEEDOR** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad con un límite máximo de S/350.00

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/. 350.00 SOLES POR EVENTO Y 2 EVENTOS AL AÑO.**

4. CASOS DE EXCLUSIÓN:

No son objeto de los **SERVICIOS**, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- A) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
- B) Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- C) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- D) La energía nuclear radiactiva.
- E) La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- F) Enfermedades mentales.
- G) La adquisición y uso de prótesis o anteojos.
- H) El embarazo.
- I) Prácticas deportivas en competencia.
- J) El incumplimiento de las obligaciones procesales que imponga la autoridad judicial como medida preventiva para asegurar la asistencia del **ASEGURADO** en el procedimiento.
- K) La falta de cooperación del **ASEGURADO** para la recuperación de la caución exhibida por la empresa.

I365 avisará a **PACIFICO** de los servicios improcedentes por las causas arriba citadas para verificar si éste autoriza la prestación del servicio por la calidad del **ASEGURADO** de que se trate siempre y cuando que por circunstancias de la hora y el día se pueda comunicar inmediatamente, de lo contrario se reportará al día siguiente hábil por escrito.

5. EXCLUSIONES GENERALES:

Los servicios de emergencia sólo se prestarán en el **DOMICILIO** del **ASEGURADO**. Excluyendo otras viviendas propiedad del **ASEGURADO**. Asimismo, será excluyente del servicio:

- a) Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- b) Cuando el Beneficiario no se identifique como **ASEGURADO de PACIFICO**.
- c) Cuando el Beneficiario incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
- d) Cualquier reparación contratada directamente por el **ASEGURADO**.
- e) Reparaciones de daños en los bienes muebles del **ASEGURADO** o de otros y que sean consecuencia de fallas en los servicios eléctricos, hidráulicos, sanitarios, de gas y por rotura de vidrios.
- f) Daños intencionales, así como los causados por guerra, rebelión, asonada, motín, protesta, paro y situaciones que alteren la seguridad pública.

- g) Daños por terremoto, erupción volcánica, inundación, erupción, y cualquier fenómeno natural.
- h) Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los trabajos.
- i) Cuando cualquier autoridad competente con orden de allanamiento, cateo, aseguramiento, rescate, se vea obligada a forzar o destruir cualquier elemento de acceso como puertas, ventanas, cerraduras en el **DOMICILIO** del **ASEGURADO**.
- j) Cambio de vidrios de ventanas y puertas que den a patios posteriores e interiores o hacia el interior de conjuntos cerrados de habitación.
- k) Cambio o reposición de puertas de madera interiores y exteriores.
- l) Recubrimientos de acabados de pisos, paredes, pisos, y techos como enchapes, azulejos, mosaicos, mármol, granito, tapiz, alfombra, pintura, madera, drywall, yeso, cielo raso, papel de colgadura, materiales de barro, entre otros.

En caso de que el costo del servicio de emergencia exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el **ASEGURADO**.

6. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO:

Con el fin de que el **ASEGURADO** pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- A) Dar aviso oportuno a **I365** del cambio de **DIRECCIÓN DE DOMICILIO DEL TITULAR**. Queda entendido que en caso de que el **TITULAR** establezca su **DOMICILIO** en un lugar distinto al territorio del Perú, la relación entre **I365** y el **ASEGURADO** se tendrá por extinta, con lo cual **I365** se verá liberada de su obligación de prestar los servicios contemplados en el presente contrato.
- B) Identificarse como **ASEGURADO** ante los funcionarios de **I365** o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ASISTENCIA:

- a. El **ASEGURADO** deberá llamar a la Central de Emergencia (01) 6136372
- b. Seguidamente, deberá identificarse con el nombre del **ASEGURADO**, DNI y dirección para la validación respectiva.
- c. El **SERVICIO** se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborables.
- d. En el caso de los beneficios adicionales, el **ASEGURADO** deberá abonar el importe por concepto de deducibles y/o gastos no cubiertos que correspondan según las condiciones establecidas en la póliza que tenga contratada.

8. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Queda entendido que **I365** podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad.