

SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD:

+ Seguro

Seguro Regular



¿QUÉ ES EL SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD?

Es el Seguro de Salud al cual se encuentran afiliados obligatoriamente todos los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores.



¿Quiénes pueden ser afiliados a este seguro?

Pueden ser afiliados a este seguro los Pensionistas que reciben pensión de jubilación, de incapacidad o de sobrevivencia.

Trabajador Portuario.

Trabajador Pesquero y Pensionista ex afiliados a la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador.

Beneficiarios de la Ley N 30425

Pescadores y procesadores artesanales independientes.

¿Cómo saber si su seguro de EsSalud está activo?

Ingrese a la web www.essalud.gob.pe.
Dar click a la sección ¿Dónde me atiendo?
Ubicado en la parte inferior izquierda.
Ingrese los datos del asegurado (nombres y apellidos) o el tipo y número de documento de identidad.
Presione el botón consultar.



¿Cuándo se activa el seguro EsSalud?

El asegurado titular, así como sus derechohabientes tienen derecho de atención después de los tres meses del inicio del vínculo laboral, en caso de accidente basta que el trabajador se encuentre afiliado. Los pensionistas pueden acceder a partir del primer mes que perciben la pensión.

¿Quién paga el seguro de EsSalud?

El aporte a EsSalud esta a cargo del empleador. Si eres trabajador activo, el empleador es responsable de la declaración y pago de tu aporte ante la SUNAT. Si eres pensionista la entidad que paga tu pensión es responsable de la retención de tu aporte, así como de la declaración y pago ante la SUNAT.



¿Cuánto es costo de este seguro?

Es el 9% de tu remuneración o ingreso mensual y es de cargo directo de la entidad empleadora.

En el caso de los pensionistas se descuenta el 4% de su pensión.



¿Qué miembros de la familia también pueden acceder a + Seguro?

La extensión es a tus familiares directos llamados derechohabientes, que son:

- Tú cónyuge o concubino(a)
- Tus hijos menores de edad (hasta la fecha en que cumplen 18 años).
- Tus hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo.
- La madre gestante de los hijos extramatrimoniales se le brindará atenciones sólo por maternidad hasta el nacimiento del niño.



¿Cómo puedo registrar a mis derechohabientes?

La inscripción de los derechohabientes deberá realizarse ante la entidad empleadora respectiva, el cual informará a la SUNAT a través del Registro de Información Laboral (T-Registro), Operaciones en Línea.

Es importante que el asegurado titular comunique y proporcione en forma oportuna, clara y completa los datos y documentos sustentatorios a su empleador; así como informar sobre la variación de su estado civil, de la situación de concubinato y de las defunciones.

ACREDITACIONES

Los afiliados regulares y sus derecho habientes tienen derecho a las Prestaciones del Seguro Social de Salud, siempre que aquellos cuenten con 3 aportes consecutivos ó 4 no consecutivos dentro de los 6 meses calendario anteriores al mes de la contingencia y tengan vínculo laboral.



Pág.
4

6 MESES PREVENTIVOS

3 aportaciones consecutivos o 4 no consecutivas dentro de los 6 meses anteriores al mes en que se inicia la contingencia



Mes inicio de la Contingencia

↓
(Vínculo laboral)

ENE
20

Periodos de aportación para los trabajadores dependientes en actividad Art. 11º



¿Cómo afilio a mi conyugue?

Para afiliar a tu conyugue deberás contar con los siguientes requisitos:

- Formulario Único de Registro correctamente lleno sin borrones ni tachaduras (1010 versión 06)
- DNI del titular y el de tu cónyuge
- Copia de acta o partida de matrimonio civil emitido con antigüedad no mayor a 6 meses

Para casados en el extranjero, adjuntar uno de estos documentos:

- Copia de acta o partida de matrimonio inscrito en el Registro Consular Peruano del lugar de celebración del acto.
- Acta o partida de matrimonio legalizada por el Consulado Peruano del lugar de celebración del acto.
- Acta o partida de matrimonio legalizada por el Consulado Peruano de su jurisdicción y por el Ministerio de Relaciones Exteriores e inscrito en la Municipalidad o RENIEC, o que cuente con el sello de la Apostilla de la Haya.

		FORMULARIO ÚNICO DE SEGUROS		Formulario 1010 (versión 06)	
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar)				NÚMERO	
PROCEDIMIENTO DE: <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> BAJA POR DESAFILIACIÓN <input type="checkbox"/> MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN) <small>(SOLO PARA DERECHOHABIENTES)</small> <input type="checkbox"/> BAJA POR DEFUNCIÓN					
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar)				NÚMERO	
RELACIÓN CON EL TITULAR: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino(a) <input type="checkbox"/> Hijo menor de edad <input type="checkbox"/> Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo <input type="checkbox"/> Madre gestante de hijo extramatrimonial					
PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL: <small>(PARA TITULARES Y DERECHOHABIENTES)</small>					
Nueva dirección:			Periodo: Desde: DD / MM /AAAA Hasta: DD / MM /AAAA		
Departamento		Provincia		Distrito	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar)				NÚMERO	
RELACIÓN CON EL TITULAR: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino(a) <input type="checkbox"/> Hijo menor de edad <input type="checkbox"/> Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo <input type="checkbox"/> Madre gestante de hijo extramatrimonial					
DECLARACION JURADA					
El (los) firmante (s) declara (n) bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General. Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado (a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar. Igualmente, autoriza (n) que las notificaciones de actos administrativos, se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario.					
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE:					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar)				NÚMERO	
<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino (a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre no asegurado <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador					
Teléfono Fijo o Celular			Correo electrónico		
				Firma del Declarante	
Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora <small>(Sólo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos laborales)</small>				Firma y Sello de EsSalud	



¿Cómo puedo afiliar a mi Concubino/a

Deberá contar con los siguientes requisitos:

- Formulario N° 1010 versión 06 - Formulario Único de Registro correctamente lleno sin borrones ni tachaduras
- DNI del titular y de la Conviviente
- Copia del documento de Reconocimiento de la unión de hecho por Resolución Judicial o Escritura Pública



¿Cómo afilio a mis hijos menores de edad?

Deberá contar con los siguientes requisitos:

- Formulario N°1010 versión 06 - Formulario Único de Registro correctamente lleno y sin borrones.
- DNI del titular y el de tu hijo o hijos menores de edad.
- Acta de nacimiento actualizada no mayor a seis meses.
- Constancia nacido vivo (Hasta que dure la pandemia).



¿Cómo afilio a mi hijo mayor de edad incapacitado?

Deberá contar con los siguientes requisitos:

- Formulario N°1010 versión 06 - Formulario Único de Registro correctamente lleno y sin borrones.
- DNI titular y el de tu hijo mayor de edad incapacitado de forma total o permanente para el trabajo
- Dictamen de Incapacidad otorgado por la Junta Médica.



¿Cómo puedo afiliar a una gestante de un hijo extramatrimonial?

Deberá contar con los siguientes requisitos:

- Formulario N°1010 versión 06 - Formulario Único de Registro correctamente lleno y sin borrones.
- DNI titular y el de la gestante de tu hijo extramatrimonial.
- Copia de Escritura Pública o del Testamento del asegurado titular que acredite reconocimiento del concebido o de la Sentencia de Declaratoria de Paternidad.



¿Cómo podemos dar de Baja a los derechohabientes?

La baja de los derechohabientes afiliados a EsSalud se da por fallecimiento, divorcio o término de la relación de concubinato y debe ser realizada por la entidad empleadora a través de la Planilla Electrónica.

La baja origina la desafiliación de los derechohabientes a EsSalud; es decir, la pérdida de la cobertura.

Requisitos de Baja del Derechohabiente

- Formulario 1010 versión 06- Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas, firmado por el empleador o titular.
- DNI del titular y de la persona que deseas desafiliar
- Copia del Acta o Partida de Defunción emitida por RENIEC o Municipalidad.
- En caso el fallecimiento haya sido en el extranjero, deberá presentar una copia simple legible del Acta de Defunción inscrita en el Consulado Peruano del país de origen y legalizada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, o con el sello de Apostilla de la Haya, emitida con una antigüedad no mayor de seis (6) meses.



¿Qué es el Derecho especial de cobertura por desempleo (latencia)?

Es un régimen temporal, otorgado al asegurado regular y a sus derechohabientes para el acceso a las prestaciones de salud brindadas por ESSALUD.

Es un derecho que tienen los asegurados del seguro regular en caso de desempleo o suspensión perfecta de labores, por un período máximo de doce (12) meses, determinada en función a las aportaciones de los últimos treinta y seis (36) meses.



ACCESO AL DERECHO:

SEGURO	CONDICIÓN
Regular	Contar con un mínimo de cinco(5) meses de aportes consecutivos o con consecutivos dentro de un período de tres (3) años precedentes a la fecha de cese o suspensión perfecta de labores y no se haya generado una latencia anterior.
Agrario Dependiente	
Agrario Independiente	No aplica

PERIODO OTORGADO:

Períodos laborados en 3 años previos al cese	Total periodo de latencia	Cobertura durante el periodo de latencia	
		PEAS y Exceso al PEAS	Exceso al PEAS y Maternidad
De 5 a 9 meses	2 meses	Primer mes	Segundo mes
De 10 a 14 meses	4 meses	2 Primeros meses	2 siguientes meses
De 15 al 19 meses	6 meses	3 Primeros meses	3 siguientes meses
De 20 a 24 meses	8 meses	4 Primeros meses	4 siguientes meses
De 25 a 29 meses	10 meses	5 Primeros meses	5 siguientes meses
De 30 a 36 meses	12 meses	6 Primeros meses	6 siguientes meses



¿En qué Establecimiento de Salud se atienden los asegurados a +Seguro?

El establecimiento de salud se asigna de acuerdo a la dirección domiciliaria consignada en el DNI.

Excepcionalmente podrá realizar cambios de dirección domiciliaria, cuando se desplace temporalmente de su domicilio habitual en las siguientes situaciones:

Por motivos laborales: presentar Formulario N 1010, debidamente llenado y firmado por el empleador y el afiliado titular.

Por motivos personales: presentar Formulario N 1010, debidamente llenado y firmado por el afiliado titular y cónyuge, concubino(a), padre, madre, tutor o curador, según corresponda. Este cambio se podrá realizar sólo una vez en un año calendario y por un periodo de hasta seis (06) meses.

Si en el establecimiento de salud te dicen que no estás acreditado, ¿qué se debe hacer?

Debes acudir a las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas portando su documento de identidad.

Recomendamos que antes de acudir al centro asistencial verifique su condición de acreditado en el siguiente enlace:

<http://ww4.essalud.gob.pe:7777/acredita/>



¿Qué tiempo debe transcurrir para que el asegurado a +Seguro solicite atención médica?

Para solicitar atención médica debe transcurrir 03 meses desde el inicio de labores (periodo de carencia).

Los pensionistas, no están sujetos al periodo de carencia. Solo en caso de accidente el asegurado(a) podrá atenderse durante el periodo de carencia.



¿Qué beneficios económicos se otorgan?



Subsidio Incapacidad Temporal

Se otorga con el objeto de resarcir las pérdidas económicas de los asegurados a EsSalud, derivadas de la incapacidad para el trabajo, ocasionadas por el deterioro de su salud.



Subsidio por Maternidad

Se otorga en dinero con el objeto de resarcir el lucro cesante, como consecuencia del alumbramiento y de las necesidades de cuidado del recién nacido.



Prestación por Sepelio

Se otorga al beneficiario que haya realizado los gastos por servicios funerarios, ante el fallecimiento de un asegurado titular.

Monto: S/. 2,070



Subsidio por Lactancia

Se otorga dinero a la madre del recién nacido, con el objeto de contribuir a su cuidado, cuyo padre o madre es afiliado a EsSalud

Monto: S/. 820

¿Qué me cubre el seguro en Incapacidad Temporal?

EL EMPLEADOR

Cubre los primeros veinte (20) días de incapacidad. Estos veinte días cubiertos por el empleador son acumulados durante el año calendario.

ESSALUD

Cubre a partir del día 21 y hasta un plazo máximo de once meses y diez días consecutivos en cada caso de enfermedades tanto no realice labor remunerada.

A excepción de los trabajadores portuarios, a los que se les reconoce desde el primer día de la ocurrencia y hasta cumplir el número de días que le faltan para alcanzar su periodo máximo de baja temporal (tres meses contados desde la fecha de su último cese).



¿Se puede perder este beneficio de subsidio?

Sí, el derecho al subsidio por incapacidad temporal se extingue o pierde, cuando se presente cualquiera de los siguientes hechos:

- Cese del vínculo laboral del asegurado por que éste ya no cumple la condición de asegurado regular activo conforme lo exige el artículo 7 del Reglamento de la Ley 26790 aprobado por D S N 009 97 SA
- Recuperación de la salud, toda vez que el asegurado ya no se encuentra incapacitado, con lo cual desaparece la condición imprescindible para otorgar

el subsidio, establecida en el artículo 15 del Reglamento de la Ley 26790 aprobado por D S N 009 97 SA

- Informe Médico de Calificación de la Incapacidad de naturaleza No Temporal.
- Realización de labor remunerada durante el periodo del subsidio con la Entidad Empleadora a la que aplica la Incapacidad Temporal para el Trabajo.



Validación del certificado médico por el CITT

Validación por Accidente de Trabajo / Enfermedad Profesional.

Los requisitos son lo siguientes:

- Formulario para el tramite de validación de certificado medico anexo 10
- Certificado medico particular ,firmado y sellado por el profesional de la salud sin enmendaduras
- Solicitud de atención del SCTR
- Copia del aviso del Accidente.
- Informe medico
- Copia de indicaciones medicas.
- Informe de exámenes auxiliares: rayos X, resonancias, ecografía, tomografía, análisis de laboratorio.
- Copia de reporte Operatorio en caso tratamiento Quirúrgico.
- Copia de Epicrisis en caso de hospitalización.
- Liquidación de gastos o recibo por honorarios del medico.
- Copia de DNI actualizado.

Validación por Accidente Común / Enfermedad Común / Accidente de transito

Los requisitos son lo siguientes:

- Certificado médico particular, firmado y sellado por el profesional de la salud sin enmendaduras.
- Informe medico
- Copia de indicaciones médicas.
- Informe de exámenes auxiliares: rayos X, resonancias, ecografía, tomografía, análisis de laboratorio.

- Copia de reporte Operatorio en caso tratamiento Quirúrgico.
- Copia de Epicrisis en caso de hospitalización.
- Liquidación de gastos o recibo por honorarios del medico.
- En caso de Accidente de tránsito deberá presentar copia de la Denuncia Policial y SOAT.
- Copia de DNI actualizado.

DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA

 EsSalud Homologando el Seguro Social Anexo 10	FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO	Nº Folio EsSalud (Llenado por el asegurado y solicitante)
I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR		
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: DNI <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> Número <input style="width: 50px;" type="text"/>		
Primer apellido <input style="width: 90%;" type="text"/>	Segundo apellido <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nombre(s) <input style="width: 90%;" type="text"/>
Número de teléfono o celular <input style="width: 90%;" type="text"/>	Correo electrónico <input style="width: 90%;" type="text"/>	
DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA:		
Número de RUC <input style="width: 90%;" type="text"/>	Razón Social <input style="width: 90%;" type="text"/>	Trabajo Habitual u Ocupación <input style="width: 90%;" type="text"/>
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
II.- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Consigra esta información en caso el solicitante no sea el asegurado titular)		
DATOS DEL SOLICITANTE: DNI <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> Número <input style="width: 50px;" type="text"/>		
Primer apellido <input style="width: 90%;" type="text"/>	Segundo apellido <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nombre(s) <input style="width: 90%;" type="text"/>
Número de teléfono o celular <input style="width: 90%;" type="text"/>	Correo electrónico <input style="width: 90%;" type="text"/>	
III.- CONTINGENCIA		
<input style="width: 100px;" type="text"/> (Consigra el código de la tabla de contingencias que esta al reverso del formato)		
IV.- PERIODO A VALIDAR		
Del <input style="width: 50px;" type="text"/> (DD/MM/AAAA)	Al <input style="width: 50px;" type="text"/> (DD/MM/AAAA)	Total días <input style="width: 50px;" type="text"/>
V.- DOCUMENTOS A PRESENTAR		
Se adjunta <input type="checkbox"/> Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención		
DECLARACIÓN JURADA:		
El firmante declara bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como asumir las sanciones previstas en los artículos pertinentes del Código Penal.		
Asimismo, autorizo que las notificaciones se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente Formulario.		
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
La firma del solicitante: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Persona con carta poder simple		USO DE ESSALUD - REFRENDO
Firma del Declarante o Solicitante		Firma y sello de EsSalud
Tp Dc Id <input style="width: 50px;" type="text"/>	Nro documento identidad <input style="width: 50px;" type="text"/>	NIT <input style="width: 50px;" type="text"/>

ESSALUD

¿Qué me cubre en caso de maternidad?

Maternidad es el monto en dinero a que tiene derecho la asegurada titular en actividad durante los noventa y ocho (98) días de goce del descanso por alumbramiento, a fin de resarcir el lucro cesante como consecuencia del mismo.

Puede ser en dos armadas iguales, y en cada una se reembolsará un periodo de 49 días también en una sola armada al termino del periodo



¿Cómo es el trámite de pago?

DE LA PRIMERA ARMADA

al termino de los primeros 49 días

DE LA SEGUNDA ARMADA

al vencimiento de los 98 días subsidiados

DEL TOTAL SUBSUDIADO

en una sola armada al vencimiento del período de maternidad

Se otorga por 98 ó 128 días (parto múltiple) y 30 días adicionales por niños con discapacidad), pudiendo estos distribuirse en los períodos inmediatamente anteriores o posteriores al parto, conforme lo elija la madre.

Validación del Certificado Médico por el CITT



Validación por Maternidad

Los requisitos son lo siguientes:

- Formato 1040 de Essalud (Versión 5).
- Formulario anexo N 18 (para ser llenado por el médico).
- Certificado medico particular, firmado y sellado por el profesional de la salud sin enmendaduras.
- Copia del informe ecográfico del III trimestre (28 a 42 semanas).
- Copia de informe medico tratante.
- Informe de la última ecografía.
- Liquidación de gastos o recibo por honorarios.
- Copia de DNI actualizada.

¿Qué beneficio tengo en Lactancia?

Beneficio que otorga EsSalud a la madre del hijo recién nacido vivo de un asegurado titular, con la finalidad de contribuir a su cuidado. En caso de un parto múltiple el subsidio por Lactancia será abonado por cada recién nacido vivo.

Modalidades de pago



1. Pago a Solicitud de Parte

Requisitos para el Pago de Solicitud de Parte:

a) Formulario 1040 "Solicitud de Prestaciones Económicas".

2. Pago a Solicitud de Oficio

Requisitos:

- Formulario 1040 de Essalud (versión 5)
- Formulario anexo N°18 (para ser llenado por el médico).
- DNI del Titular
- DNI del Conyugue o Concubina
- DNI del niño o Acta de nacimiento
- Certificado nacido vivo en caso de pandemia CORONAVIRUS

¿Qué me cubre el seguro en Sepelio?

Es el monto en dinero que otorga EsSalud, hasta S/ 2,070.00 al Beneficiario de la Prestación por sepelio que realizó los gastos de los servicios funerarios por la muerte de un asegurado titular.

Prelación en el pago por Sepelio

- Cónyuge o Concubino del difunto
- Descendientes
- Ascendientes
- Hermano (a)
- Tercero

Gastos Funerarios a ser reconocidos:

- Nicho o Sepultura
- Cremación o entierro
- Ataúd
- Capilla Ardiente
- Carroza
- Transporte
- Mortaja o traje
- Preparación de Cadáver

Requisitos para obtener este beneficio

- Formulario N° 1040 debidamente llenado.
- Documentos que sustentan el gasto: (Que en conjunto no sobrepasen S/. 2,070.00)

¿Cuáles son los canales de recepción de las solicitudes de prestaciones económicas?

• Prestaciones económica

• Recepción de solicitudes

Incapacidad temporal, maternidad, lactancia y sepelio	PLATAFORMA EN LÍNEA plataformaenlinea@essalud.gob.pe
Incapacidad temporal, maternidad, lactancia	CORPORATIVA EN LÍNEA corporativaenlinea@essalud.gob.pe
Incapacidad temporal, maternidad, lactancia	PLATAFORMA VIVA
Incapacidad temporal (Primer expediente) y sepelio	PLATAFORMA VIVA EMERGENCIA

¿Cómo contactarnos?

En Lima, llame al 411-8000, opción 5

Registre su insatisfacción aquí:

Escriba un correo electrónico a:

atencionalasegurado@essalud.gob.pe

Contacte al **Servicio 7x24** que atiende los 7 días de la semana, durante las 24 horas del día:

Teléfono: 399-0200 anexos 15158 - 15301

Celular: 958-466-954 / RPM #041128

Correo electrónico: emergencia7x24@essalud.gob.pe

Solicite el **Libro de Reclamaciones** en los centros asistenciales de EsSalud y en las clínicas privadas contratadas (IPRESS) para registrar su reclamo o por vía virtual a través del Portal Institucional.



En provincias vea la lista de redes asistenciales:

Essalud en línea en redes asistenciales

Nº1	Red Asistencial	Teléfonos
1	Amazonas	(041) 57-9500
2	Ancash	(043) 48-3230
3	Apurímac	(083) 59-5000
4	Arequipa	(054) 22-6969
5	Cajamarca	(076) 58-4360
6	Cusco	(084) 58-1150
7	Huancavelica	(067) 59-2000
8	Huánuco	(062) 59-1000
9	Ica	(056) 58-1060
10	Juliaca	(051) 59-9060
11	Junín	(064) 48-1120
12	La Libertad	(044) 48-5030

Nº1	Red Asistencial	Teléfonos
13	Lambayeque	(074) 48-1060
14	Loreto	(065) 58-1130
15	Madre de Dios	(082) 58-2040
16	Moquegua	(053) 58-4400
17	Moyobamba	(082) 58-2040
18	Pasco	(063) 59-7000
19	Piura	(073) 28-4760
20	Puno	(051) 59-9090
21	Tacna	(052) 58-3060
22	Tarapoto	(042) 58-2010
23	Tumbes	(072) 59-6500
24	Ucayali	(061) 58-6030

SALUD Y BIENESTAR

EPS



¿QUÉ ES SEGURO EPS?

Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) son empresas que brindan servicios de salud privada a los trabajadores que están afiliados a ellas, y complementan la cobertura que brinda EsSalud.



Aportes en el Sistema EPS

9% ESSALUD

Capa Simple 2.25% para el EPS

2.25% para Crédito EPS



Aporte a la EPS para atención de capa simple.

Capa Compleja 6.75% para EsSalud

ESSALUD Aporte 6.75%



Pág.
19

¿Cómo me afilio a la EPS?

Presentarse en la oficina o enviar un correo a BienestarSocial, solicitando la Afiliación a la EPS

Rose Mary Gil: rgil@poderosa.com.pe
María Medina: mmedina@poderosa.com.pe
Silvana Solano: ssolano@poderosa.com.pe
Lourdes Paniora: lpniora@poderosa.com.pe

Se hará llegar el Formato de Afiliación a la EPS, donde deberá llenar correctamente sus datos y de ser el caso el de sus dependientes, adjuntar las copias de DNI vigente, Partida de Matrimonio o Testimonio de Unión de Hecho (RegistrosPúblicos). Entregar toda la documentación en físico en la Oficina de Bienestar Social.



- Los cierres de afiliación son todos los días 20 de cada mes y el inicio de la cobertura a partir del 01 del mes siguiente. **(Ejm: Afiliación el 19/07/2020, inicio de cobertura el 01/08/2020)**
- Tiempo de Carencia para capa compleja: 90 días
- Las atenciones con la EPS serán únicamente presentando el DNI vigente en la Clínica de su preferencia de acuerdo al Plan de Salud elegido.
- En casos de recién nacido deben presentar el acta de nacimiento para su afiliación.

¿Qué cubre la EPS?



Emergencias
al 100%



Hospitalización



Odontología



Oftalmología



Atención
ambulatoria



Maternidad



Cobertura
oncológica
al 100%



Ambulancia
24 horas



Médicos a
domicilio y por
teléfono



Chequeo
preventivo
anual al 100%



Programa Siempre Sano
(enfermedades crónicas) al 100%



Programa Salud
y Bienestar

¿Qué no cubre?

Estas son las principales exclusiones y limitaciones



Atención
ambulatoria



Medicamentos
experimentales



Procedimiento
estético



Consumo
de alcohol y
drogas ilícitas



Tratamiento
Mentales



Tratamiento de
fertilización



ATENCIÓN ESPECIALIZADA ANTE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE

ATENCIÓN AMBULATORIA

Atención médica, procedimientos o exámenes auxiliares o entrega de medicamentos.

Por ejemplo, una consulta médica, una ecografía recomendada por tu médico o una cirugía menor.

ATENCIÓN AMBULATORIA

RED SANNA centros clínicos - Lima

SANNA \ Centro Clínico

La Molina (LIMA)

Av. Raúl Ferrero 1256 (frente al C.C. Molina Plaza)



SANNA \ Centro Clínico

Chacarilla (LIMA)

Av. Primavera 336, Urb. Chacarilla del Estanque, Surco



Nuevo:

SANNA \ Centro Clínico Miraflores (LIMA)

Av. Alfredo Benavides 1936 Miraflores

S/ 40.00 al 100%

Nota: Los exámenes y procedimientos indicados, que no se brinden en los centros clínicos serán atendidos directamente en SANNA \ Clínica San Borja o SANNA \ Clínica El Golf, sin copago fijo y solo aplicando el copago variable de su plan de salud.



ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

- Consultas:** exámen clínico y odontograma,
- Restauración:** resinas en piezas anteriores y en piezas posteriores
- Endodoncias:** Incisivos, caninos, premolares, molares, pulpotomía, pulpectomía.
- Rayos x:** Bite Wing, periapical, oclusal.



RED 1 S/ 35.00 al 85%

- ◆ Cerdent
- ◆ Clínica Vesalio
- ◆ Centro Médico Jockey Salud
- ◆ Odontofresh
- ◆ SANNA Centros Clínicos La Molina, Chacarilla y Miraflores

RED 2 S/ 45.00 al 75%

- ◆ Clínica Santa Martha del Sur
- ◆ Odontocenter (Miraf. y San Mig.)
- ◆ Clínica Dental Rivera Chu
- ◆ Clínica San Pablo
- ◆ Clínica Dental Pasco
- ◆ Clínica San Juan Bautista
- ◆ Clínica Limatambo

Entre otros centros médicos y odontológicos afiliados en provincias

RED 3

S/60.00 al 70%

- ◆ Centro Médico Odontológico Americano (COA)
- ◆ Dental San José

(Deducibles por pieza tratada y terminada)

PLAN DE SALUD ADICIONAL 1

Red Odontológica 4

Reembolso en Provincias (hasta S/.1750.00)

Ambulatorio

S/70 70%

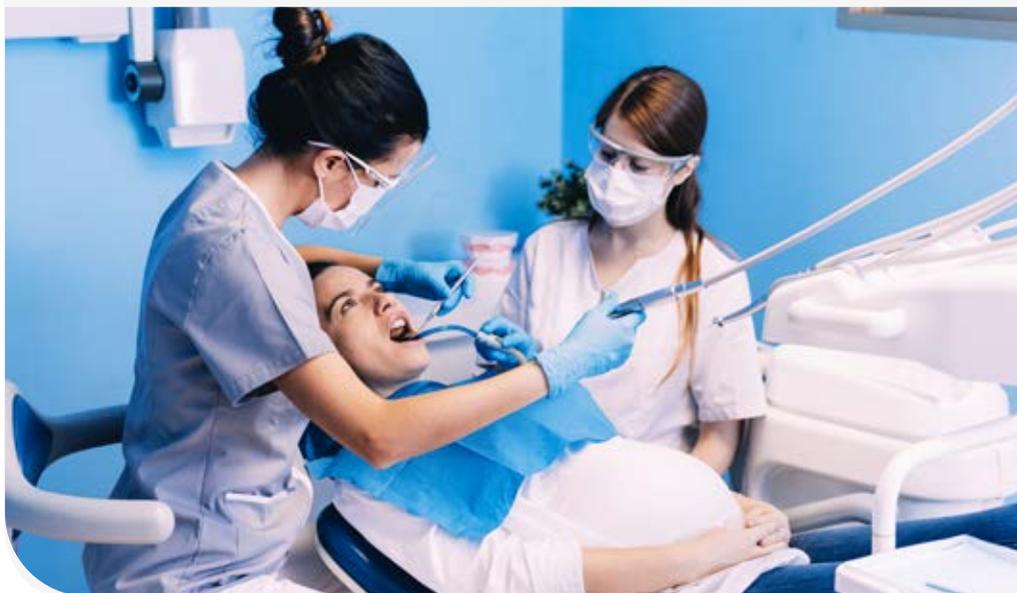
Red Odontológica 5

Reembolso en Lima (hasta 1750.00)

Ambulatorio

S/70 70%

(Deducibles por pieza tratada y terminada)



ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

ATENCIÓN AMBULATORIA

Acceso a centros oftalmológicos con la más avanzada tecnología para la atención y cirugía de problemas visuales.

Red Oftalmológica 1

S/ 35.00 al 90%

- ◆ Cerdent
- ◆ Norvisión
- ◆ Oftalmic Service
- ◆ Omnia Visión
- ◆ Oculáser
- ◆ Óptima Visión
- ◆ Futuro Visión
- ◆ Oftalmomedic
- ◆ Clínica Vista

Entre otros...



Red Oftalmológica 2

S/40.00 al 85%

- ◆ Arbrayss Láser
- ◆ Instituto Oftalmológico
- ◆ Wong
- ◆ TG Láser
- ◆ Clínica de Ojos D'Opeluce
- ◆ Oftalmo Vissium
- ◆ Clínica San Felipe

Entre otros...

Red Oftalmológica 3

S/ 55.00 al 80%

- ◆ Oftálmica
- ◆ Mácula
- ◆ Visual Center
- ◆ Inst Peruano de la Visión
- ◆ Confía Instituto
- ◆ Oftalmológico
- ◆ Vista Salud Centro
- ◆ Oftalmológico
- ◆ Visual Ophthalmics
- ◆ Cl. Sanna San Borja

Entre otros...

Red Oftalmológica 4

S/60.00 al 80%

- ◆ Oftalmosalud (San Isidro)
- ◆ Oftalmosalud (Los Olivos)
- ◆ Oftalmosalud (El Polo)
- ◆ Cl. Sanna El Golf

Entre otros...



PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Cheques Preventivos **ATENCIÓN AL 100%**

Evaluación médica preventiva anual y control de riesgos según edad y sexo.

Cubre al 100% evaluaciones médicas, ginecológicas, oftalmológicas y odontológicas para ti y tus derechohabientes inscritos en tu Plan de Salud.



Programas de Prevención

Examen	Adolescentes (*)	Mujeres		Hombres	
	10 a 17	18 a 39	40 a más	18 a 39	40 a más
A. Consulta médica preventivo anual					
Evaluación Médica : Examen clínico por aparatos y sistemas	X	X	X	X	X
Informe médico personal	X	X	X	X	X
Exámenes auxiliares					
Hemograma, incluye: hemoglobina, hematocrito, leucocitos, plaquetas	Población en riesgo	X	X	X	X
Examen de orina	No aplica	X	X	No aplica	X
Colesterol y triglicéridos	Población en riesgo	X	X	X	X
Colesterol HDL	Población en riesgo	X	X	X	X
Glicemia	Población en riesgo	X	X	X	X
Radiografía de tórax	No aplica	X	X	X	X
Electrocardiograma	No aplica	No aplica	X	No aplica	
Antígeno prostático	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	Mayores de 50 años
Elisa para HIV I- II (1)	No aplica	X	X	X	X
VDRL (1)	No aplica	X	X	X	X
Consulta psicológica (*): incluye evaluación del desarrollo psicosocial y habilidades sociales.	X	X	X	X	X

Red de clínicas

Para adolescentes de 10 a 17 años: SANNA Centro Clínico La Molina, SANNA Centro Clínico Chacarilla, SANNA Centro Clínico Miraflores, SANNA Clínica San Borja

Para mayores de 18 años: SANNA Centro Clínico La Molina, SANNA Centro Clínico Chacarilla, SANNA Centro Clínico Miraflores, SANNA Clínica San Borja,

Centro Médico Jockey Salud, Clínica Lima tambo SanIsidro, Callao y San Juan de Lurigancho, Clínica Santa María del Sur, Clínica Medica Cayetano Heredia.

(*Estos servicios se brindan únicamente en SANNA Centro Clínico La Molina, SANNA Centro Clínico Chacarilla, SANNA Centro Clínico Miraflores.

Examen	Adolescentes (*)	Mujeres		Hombres	
	10 a 17	18 a 39	40 a más	18 a 39	40 a más
B. Consulta ginecológica preventiva anual					
Examen médico ginecológico	X	X	X	No aplica	No aplica
Enseñanza de autoexamen de mamas	No aplica	X	X	No aplica	No aplica
Mamografía	No aplica	No aplica	X	No aplica	No aplica
Papanicolau (**)	X	X	X	No aplica	No aplica

Red de clínicas

Consultaginecológica: SANNA Centro Clínico La Molina, SANNA Centro Clínico Chacarilla, SANNA Centro Clínico Miraflores, SANNA Clínica San Borja, Centro Médico Jockey Salud, Clínica Lima tambo SanIsidro, Callao y San Juan de Lurigancho, Clínica Santa María del Sur, Clínica Medica Cayetano Heredia.

(*) Consulta para adolescentes de 10 a 17 años: SANNA Centro Clínica La Molina, SANNA Clínica San Borja, SANNA Centro Clínico Chacarilla y SANNA Centro Clínico Miraflores.

(**) En adolescentes solo aplica para población sexualmente activa.

Nota importante:

En el caso de los adolescentes de 10 a 17 años, solo procede previo consentimiento de los padres o tutor.

Examen	Adolescentes	Mujeres		Hombres	
	10 a 17	18 a 39	40 a más	18 a 39	40 a más
C. Consulta oftalmológica preventiva anual					
Examen externo del ojo	X	X	X	X	X
Descarte de estrabismo	X	X	X	X	X
Medición de agudeza visual, incluye refracción	X	X	X	X	X
Fondo de Ojo sin dilatación pupilar	X	X	X	X	X
Descarte de glaucoma (medición de presión intraocular)	No aplica	No aplica	X	No aplica	X

Red de clínicas

SANNA Centro Clínico La Molina, SANNA Centro Clínico Chacarilla, SANNA Centro Clínico Miraflores, Arbrayss Laser, Futuro Visión, Instituto Oftalmológico

Wong SanIsidro y Los Olivos,Oftalmic Service, Norvisión, Omnia Visión, Clínica de Ojos D’OPeluce, Oftalmomedic, Mácula D&T, Óptima Visión, Oculáser, Visual Center, Vista Salud, Fundación Vista, TG Laser Oftálmica, Confia, Instituto de la Visión Oftálmica, Instituto Peruano de la Visión, Clínica San Felipe, CM San Felipe, Clínica Santa María del Sur, Clínica Lima tambo SanIsidro, San Juan de Lurigancho y Callao, Clínica Medica Cayetano Heredia,Centro Médico Jockey Salud, Instituto de ojos Sacro Quore, Visual Ophthalmics, OftalmoVissum.

Examen	Niño sano	Adolescentes	Mujeres		Hombres	
	0 a 9 años	10 a 17	18 a 39	40 a más	18 a 39	40 a más
D. Consulta odontológica preventiva anual						
Odontograma	X	X	X	X	X	X
Evaluación periodontal	X	X	X	X	X	X
Profilaxis	X	X	X	X	X	X
Instrucción de higiene oral	X	X	X	X	X	X
Fluorización	Solo en niños desde los 2 hasta los 12 años.					
Sellantes hasta 4 aplicaciones (4 piezas dentales) al año.	Solo en niños desde los 5 hasta los 12 años.					

Red de clínicas

SANNA Centro Clínico La Molina, SANNA Centro Clínico Chacarilla, SANNA Centro Clínico Miraflores, Arbrayss Laser, Futuro Visión, Instituto Oftalmológico Wong San Isidro y Los Olivos, Oftalmic Service, Norvisión, Omnia Visión, Clínica de Ojos D’OPeluce, Oftalmomedic, Mácula D &T, Óptima Visión, Oculáser, Visual Center, Vista Salud, Fundación Vista, TG Laser Oftálmica, Confia, Instituto de la Visión Oftálmica, Instituto Peruano de la Visión, Clínica San Felipe, CM San Felipe, Clínica Santa María del Sur, Clínica Limatambo San Isidro, San Juan de Lurigancho y Callao, Clínica Medica Cayetano Heredia, Centro Médico Jockey Salud, Instituto de ojos Sacro Quore, Visual Ophthalmics, Oftalmo Vissum.





CONTROL DE NIÑO SANO Y PROGRAMA DE VACUNACIÓN

El Control de Niño Sano consiste en una evaluación pediátrica mensual desde el primer año de vida del recién nacido y vacunas hasta los 10 años.

En la evaluación, el pediatra mide el crecimiento y desarrollo del niño e indica la aplicación de la vacuna que corresponda según el esquema de vacunación señalado en tu Plan de Salud.

Programa de Vacunación

Esquema de inmunizaciones (EPS)

VACUNA	EDADES
BCG	Recién Nacido (0 a 28 días)
Polio, DPT - Tetraxim	2do. 4to. y 6to. mes
Sarampión, Rubéola, Paperas	12vo. mes
Polio, DPT - Tetraxim	18vo. mes
Sarampión, Rubéola, Paperas	18vo. mes
Polio, DPT - Tetraxim	4 años (hasta 4a. 11m. 29d.)
Tétano	10 años (hasta 10a. 11m. 29d.)

Red de clínicas del Control del Niño Sano: Las atenciones podrán realizarse en las clínicas: Las atenciones podrán realizarse en las clínicas: **SANNA Centro Clínico La Molina, SANNA Centro Clínico Chacarilla, SANNA Clínica El Golf, SANNA Clínica San Borja, Vesalio, Limatambo San Isidro, Limatambo San Juan de Lurigancho, Centro Médico Medex, Centro Médico San Judas Tadeo, Clínica Good Hope, Clínica Montefiori, Clínica Ricardo Palma San Isidro, Clínica Jesús del Norte, Clínica Santa Isabel, Clínica Stella Maris, Centro Médico Jockey Salud, Clínica Internacional Sede San Borja, Clínica San Pablo Surco, Clínica Javier Prado, Clínica Versailles, Clínica Tezza, entre otras.**

Atenciones previa cita: Lima y provincias según anexo de su Plan de Salud.

*BCG: gratuita en el Centro de Vacunación de la APEPS (costado de la C. Javier Prado)

ESQUEMA DE INMUNICACIONES (MINSA)*

VACUNA	EADES
BCG	Recién Nacido (0 a 28 días)
Hepatitis B	Recién Nacido (0 a 24 horas)
Rotavirus (ROTARIX)	2do. y 4to. y 6to. mes
Polio	2do. y 4to. y 6to. mes
Las 2 primeras dosis son IM y la 3era dosis es oral	2do. 4to. y 1 año.
Pentavalente (Difteria, Pertusis, Tétano/Hepatitis B/	7mo y 8vo mes
Haemophilus Influenzae tipo B)	12vo. mes
Neumococo - PREVENAR 13	15vo. mes
Influenza	18vo. mes
Sarampión, Rubéola, Paperas	18vo. mes
Fiebre Amarilla Difteria, Pertusis, Tétano (DPT) + polio oral	4 años (hasta 4a. 11m. 29d)
Sarampión, Rubéola, Paperas	
Difteria, Pertusis, Tétano + polio oral	

* Se brinda en Clínica Javier Prado - Centro de Vacunación.

Calle Los Geranios N°160 Lince Teléfono: 440-2000 Anexos: 436-597-458-601.

Vacunas por Minsa se colocan de acuerdo a disponibilidad de Stock del Centro

Se brinda únicamente en el centro de vacunación de la APEPS Costado de la Clínica Javier Prado.

* **Influenza + Antineumocócica:** Solo para niños de 2 a 4 años, 11 meses y 29 días de edad con factores de co-morbilidad.

Comorbilidad: presencia de enfermedades, tales como: enfermedad renal crónica, infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), enfermedades del corazón, diabetes, Síndrome de Down, cáncer y esplenectomizados (personas que han tenido extracción parcial o total del bazo) e inmunosuprimidos (personas con sistema inmunológico debilitado), entre otros.

Programa “Siempre Sano”

En SANNA Chacarilla, La Molina, Miraflores y atención a domicilio
Y en todas las redes SANNA-Provincias (excepción de Talara).

Llamar al 513-5000

Atención al 100%

Programa ambulatorio de atención y control de enfermedades crónicas:

- ◆ Asma
- ◆ Hipertensión Arterial
- ◆ Diabetes Mellitus tipo II
- ◆ Dislipidemia

¿Qué beneficios te da el Programa?



Cobertura al 100% de las consultas médicas ambulatorias.



Cobertura al 100% de medicamentos de acuerdo a la lista de medicamentos del Programa (Petitorio).



Cobertura al 100% de los análisis de acuerdo al protocolo del Programa.



Controles psicológicos, nutricionales. Controles de Podología (solo para pacientes diabéticos)⁽¹⁾.

Plan de Salud Base

Red 1

1. Integramédica
2. Clínica San Joaquín
3. Clínica Montefiori
4. Clínica San Juan Bautista
5. Clínica Mundo Salud
6. Clínica Santa Martha Del Sur
7. Clínica Vesalio
8. Centro Médico Medicis
9. Clínica Versalles
10. JJ Salud
11. Hogar Clínica San Juan de Dios

Ambulatorio

S/ 35
90%

Hospitalario

S/ 0
90%

Maternidad

100%
90%

(*) Centro Médico Especializado
Avenida Se brinda atención solo para cirugía ambulatoria.

Red 2

1. Clínica Stella Maris
2. Clínica Javier Prado
3. Centro Médico Ricardo Palma Plaza Lima Sur
4. Clínica Maison de Santé del Sur
5. Clínica Maison de Santé de Lima
6. Centro Médico Medex
7. Clínica San Judas Tadeo
8. Clínica Médica Cayetano Heredia
9. Clínica Limatambo San Isidro
10. Clínica Limatambo Callao
11. Clínica Limatambo Callao 2
12. Clínica Limatambo San Juan de Lurigancho
13. Clínica Good Hope
14. Clínica Providencia

Hospitalario

S/ 0
85%

Maternidad

100%
85%

Ambulatorio

S/ 40
85%

Red 3

1. Clínica San Gabriel
2. Clínica Especialidades Medicas Universal
3. Clínica Centenario Peruano Japonesa
4. Clínica Porvenir
5. SANNA Clínica San Borja
6. Centro Médico Especializado Avedaño
7. Centro Médico Jockey Salud
8. Centro Médico Especializado de Medicina Avanzada MEDAVAN
9. Clínica Padre Luis Tezza

Ambulatorio

S/ 55
80%

Hospitalario

1 día hab al
75%

Maternidad

100%
1 día hab al 75%

Red 4

1. SANNA Clínica El Golf
2. Centro Oncológico Aliada
3. Clínica Internacional (Medicentro Bellavista)
5. Clínica Internacional (Medicentro Santa Anita)
6. Clínica Bellavista

Ambulatorio

S/ 60
80%

Hospitalario

1 día hab al
75%

Maternidad

90%
1 día hab al 75%

Red 5

1. Clínica Maison de Santé del Este
2. Clínica Santa Isabel
3. Clínica Internacional Sede Lima
4. Centro Médico Medikids
5. Clínica Internacional (Medicentro San Isidro)
6. Clínica Jesús del Norte

Ambulatorio

S/ 65
80%

Hospitalario

1 día hab al
75%

Maternidad

85%
1 día hab al 75%

Red 6

1. Clínica Ricardo Palma (Sede Central)
2. Clínica San Pablo (Sede Central)
3. Clínica Internacional Sede San Borja
4. Centro Ambulatorio Cl. Internacional Sede Surco

Ambulatorio

S/ 90
70%

Hospitalario

1 día hab al
70%

Maternidad

85%
1 día hab al 75%

Plan de Salud Base Más de 200 clínicas a nivel nacional

Provincias A

- ◆ SANNA Clínica del Sur (Arequipa)
- ◆ Asociación Paz Holandesa (Arequipa)
- ◆ CliniSanitas (Arequipa)
- ◆ Centro Clínico SANNA (Talara)
- ◆ BM Clínica de Especialidades Médicas (Chiclayo)
- ◆ Clínica Tataje (Ica)
- ◆ Clínica Huánuco (Huánuco)
- ◆ Clínica Mac Salud (Cusco)

Ambulatorio

S/ 35
90%

Maternidad

100%
90%

Hospitalario

S/ 0
90%

Todas las otras clínicas afiliadas, excepto las precisadas en provincias B y C.

Provincias B

- ◆ Clínica Arequipa (Arequipa)
- ◆ Clínica San Pablo (Arequipa)
- ◆ SANNA Centro Clínico Cajamarca
- ◆ SANNA Clínica Belén (Piura)
- ◆ SANNA Clínica Sánchez Ferrer (Trujillo)
- ◆ Clínica Ortega (Huancayo)
- ◆ Clínica Peruano Americana (Trujillo)
- ◆ Clínica Adventista Ana Stahl (Iquitos)
- ◆ Hogar Clínica San Juan De Dios (Cusco)
- ◆ Hogar Clínica San Juan De Dios (Arequipa)
- ◆ Clínica San Antonio (Trujillo)
- ◆ C.Monte Carmelo (Arequipa)
- ◆ Centro Médico Pediátrico Carita Feliz (Piura)
- ◆ Policlínico San Pablo Asia

Ambulatorio

S/ 45
85%

Maternidad

100%
85%

Hospitalario

S/ 0
85%

Todas las otras clínicas afiliadas, excepto las precisadas en provincias B y C.

Provincias C

1. Clínica Valle Sur (Arequipa)
2. Clínica San Pablo Trujillo)
3. Servimédicos Chiclayo)
4. Clínica Miraflores Piura)
5. Clínica Camino Real Trujillo)

Ambulatorio

S/ 60
80%

Hospitalario

1 día hab al
75%

Maternidad

90%
1 día hab al 75%

Beneficios Adicionales

En todos nuestros planes:

1. Terapia hormonal perimenopausia.
2. Riesgo quirúrgico.
3. Prótesis quirúrgicas y stents, hasta s/ 17,500 al 100%.
4. Bótox, para fines terapéuticos (casos neurológicos como Espasmo Palpebral, Distonia Cervical, Espasticidad en Adultos.
5. Desastres naturales.

6. Terrorismo. (terrorismobiológico, químico y nuclear, excepto en participación activa)
7. Enfermedades epidémicas.
8. Salud Mental (RedPsicológica: Felizmente Seguros e Instituto de Salud Libertad, sólo en Lima)
9. Planificación Familiar
10. Excimer Láser
11. Tamizaje Neonatal y Tamizaje Neonatal Auditivo - Oftalmológico
12. Gastospor trasplante de órganos Trasplante de medula ósea (en Sanna San Borja) hasta el BMA.
Tiene periodo de espera de 24 meses, atención al crédito, no aplica exceso hosp. de 50M soles.

Trasplante de cornea. Aplica solo en Oculaser.
*todo lo mencionado es sujeto a pertinencia medica.
13. Terapia física y rehabilitación

Plan de Salud Adicional 1

Red 7

1. Clínica Miraflores
2. Clínica Montesur
3. Clínica British American Hospital
4. Clínica San Felipe
5. Centro Médico British American Hospital (sede La Molina)
6. Centro Médico San Felipe (sede La Molina)
7. UROZEN

Ambulatorio

S/ 120
65%

Maternidad

65%
1 día hab
al 60%

Hospitalario

1 día hab al
65%

Otras Clínicas Afiliadas en Lima
Excepto las precisadas en Red 8

Reembolso 1

Reembolso en zonas alejadas

Ambulatorio

S/ 40
85%

Maternidad

90%
85%

Hospitalario

S/ 0
85%

Reembolso 2

Reembolso en Provincias

Ambulatorio

S/ 55

85%

Maternidad

90%

1 día hab al 80%

Hospitalario

1 día hab al 80%

Reembolso 3

Reembolso en Lima

Ambulatorio

S/ 125

60%

Maternidad

90%

1 día hab al 80%

Hospitalario

1 día hab al 60%

Beneficios Adicionales

1. Acupuntura y Homeopatía, exclusivo en OSI.
2. Gastos de sepelio, paquete "SepelioPLUS" según plan de salud, al 100%.
3. Traslado de Restos
4. Seguro de Primas por Muerte del Titular
5. Segunda opinión nacional. Para casos de cirugía electiva.
6. Desámparo Súbito, hasta S/5,000
7. Programa Juvenil, evaluación integral para jóvenes entre 11 y 17 años.
8. Reconstrucción Mamaria
9. Atención hospitalaria en exceso a S/ 50,000 al 100%
10. Prótesis quirúrgicas y stents, hasta S/ 22,000 al 100%
11. Evaluación integral y tratamiento quiropráctico
12. Gastos por Enfermera Acompañante hasta S/3,000
13. Alimentación para acompañante hospitalario Lima y Provincias, si el paciente es menor de 18 años y mayor de 60 años. Si es Oncológico todas las edades.

Plan de Salud Adicional 2

Red 8

1. Clínica Delgado (AUNA)

Ambulatorio

S/ 120
60%

Maternidad

60%
1 día hab al 60%

Hospitalario

1 día hab al 60%

Beneficios Adicionales

1. Prótesis quirúrgicas y stents, hasta s/ 25,000 al 100%
2. Gastos por Enfermera Acompañante hasta S/5,000
3. Segunda Opinión Internacional

Seguro oncológico

- ◆ Protección al 100% con el Seguro Oncológico Colectivo
- ◆ El Seguro Oncológico de Pacífico brinda la protección necesaria frente a la detección del cáncer

Para ti

- ◆ Disminuye la vulnerabilidad de los aportes a la EPS, pues las atenciones oncológicas las cubre el Seguro Oncológico.
- ◆ Mejora los resultados de siniestralidad de la empresa.

¿Qué cubre el Seguro Oncológico Colectivo?

Te cubrimos contra el cáncer en todo momento:

Prevención

Diagnóstico

Tratamiento

Además:

Beneficios
Adicionales



Prevención

Despistaje Oncológico Anual

Plan preventivo oncológico cubierto al 100%, diseñado para detectar oportunamente la enfermedad según edad, sexo y el tiempo de permanencia que tienes en el seguro luego de la primera renovación. **Cubrirá inclusive la biopsia en caso de hallazgo positivo.**

CHEQUEO PREVENTIVOS PLAN DE DESPISTAJE GRATUITO

Plan preventivo oncológico gratuito diseñado para detectar oportunamente la enfermedad según edad, sexo y el tiempo de permanencia que cuentas en el Seguro Oncológico. Podrás consultar los despistajes que te corresponden y agendar tu cita llamando a nuestra Red de Chequeos Preventivos.

Exámenes	Menores	Mujeres (años)		Hombres (años)	
	0 - 18	18 a 39	40 a más	18 a 39	40 a más
Examen físico	✓	✓	✓	✓	✓
Examen ginecológico, incluye Papanicolau	-	✓	✓	-	-
Examen urológico	-	-	-	✓	✓
Hemograma completo	✓	✓	✓	✓	✓
Sangre oculta - Thevenon	-	✓	✓	✓	✓
Marcador Tumoral PSA (Mayores de 50 años)	-	-	-	-	✓
Ecografía mamaria	-	✓	-	-	-
Mamografía 2D	-	-	✓	-	-
Rx. Tórax	-	✓	✓	✓	✓
Biopsia (Solo a reembolso en caso de hallazgo positivo)	✓	✓	✓	✓	✓
Colonoscopia - ¡NUEVO BENEFICIO!	Hombres y Mujeres a partir de los 50 años, cada 10 años				



TRATAMIENTO

Radioterapia

Terapia Biológica

Quimioterapia

Cirugía Oncológicas

TRATAMIENTO

Terapia
biológica

Ataca sólo las células
dañadas

Mejora significativamente
la eficacia del tratamiento

Al ser terapia dirigida y no afectar las
células sanas, no tiene la mayoría de
efectos adversos de la quimioterapia

BENEFICIOS ADICIONALES



SEGUNDA OPINIÓN

La posibilidad de una segunda opinión médica nacional para cirugías electivas.



RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Coberturas especiales
Reconstrucción mamaria y de areola pezón, segundo cáncer primario, entre otras.

Y MÁS...

- Cirugía de hallazgo
- Traslado en territorio nacional y ambulancia terrestre
- Gastos de sepelio



LIMA

Aliada contra el cáncer
SANNA - Clínica San Borja
SANNA - Clínica El Golf
Clínica British American Hospital
Clínica Centenario Peruano Japonesa
Clínica Internacional Lima
Clínica Internacional San Borja
Clínica Javier Prado
Clínica Maison de Sante Chorrillos
Clínica Maison de Sante Lima
Clínica Padre Luis Tezza
Clínica San Felipe
Clínica San Pablo Sede Central
Clínica Jesús del Norte
Clínica Stella Maris
Instituto Oncológico de Lima

RED DE RECONSTRUCCIÓN MAMARÍA

LIMA
Aliada contra el cáncer
SANNA - C.C. San Borja
Clínica San Felipe
Clínica San Antonio

CENTROS PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

LIMA
Aliada contra el cáncer

AREQUIPA

SANNA - Clínica del Sur
Centro Médico Monte Carmelo
García Bragagnini

CHICLAYO

Clínica del Pacífico
Servimédicos

HUANCAYO

Clínica Cayetano Heredia
Clínica Santo Domingo

PIURA

SANNA Clínica Belén

TRUJILLO

SANNA - Clínica Sánchez Ferrer
Clínica San Antonio

RED DE CHEQUEOS PREVENTIVOS

LIMA
Aliada contra el cáncer
SANNA - C C La Molina
SANNA - C C Chacarilla
SANNA - C C Miraflores

AREQUIPA

SANNA - Clínica del Sur

TRUJILLO

SANNA - Clínica Sánchez Ferrer

PIURA

SANNA - Clínica Belén

CHICLAYO

Servimédicos

SALUD Y BIENESTAR:

EPS PACIFICO

COBERTURAS Y ATENCIONES EN TIEMPOS DE COVID 19



EPS PACÍFICO:

Cobertura y atenciones en tiempos de COVID 19

No dejes que la preocupación por el coronavirus te impida buscar la atención médica que necesitas. Infórmate aquí. ¿Cómo mantienen la seguridad de la gente las salas de emergencia y los hospitales?

Para prevenir la transmisión del virus que causa la COVID 19, es importante y necesario el uso de las medidas preventivas y protocolos con los que cuentan las diferentes clínicas.

- Uso universal de mascarillas.
- Pruebas de detección en todas las entradas.
- Limpieza y desinfección frecuente.
- Distanciamiento físico.



¿Cuáles son los síntomas del COVID 19 que requieren atención médica de emergencia?

Busca atención médica de inmediato si tienes o quizás tengas COVID 19, y presentas cualquiera de estos signos o síntomas que indican una emergencia:

Identificación de síntomas del COVID 19

En caso de sentir alguno de estos síntomas se recomienda

Síntomas más comunes



Tos



Fiebre



Cansancio



Congestión nasal



Secreción nasal



Dolor de garganta



Dolor de cabeza



Diarrea



Fatiga



Dificultad para respirar

Identificación de grupos de riesgo

¿Quiénes están en mayor riesgo de enfermarse gravemente?



Adultos mayores de 60 años



Personas con enfermedades preexistentes como diabetes o cardiopatías.



Hasta la fecha los casos de hospitalización, UCI y fallecimientos se han dado mayormente en personas mayores de 60 años y aquellas personas que padezcan alguno de los siguientes factores de riesgo.

- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades pulmonar crónica
- Cáncer
- Otros estados de inmunosupresión
- Obesidad

Tipos de prueba de descarte del COVID 19

Es importante considerar que:

El médico (por protocolo del MINSA) dispondrá la pertinencia del descarte según el caso y triaje que realizará al paciente.



1. Prueba Molecular:

Adquiridas y distribuidas por el gobierno a establecimientos de salud públicas y privadas. Su uso es bajo protocolo médico otorgado por el MINSA.



2. Prueba Rápida o Serológica:

Se puede adquirir en establecimientos de salud privados.

Nota Importante:

La prueba es indicada por el médico tratante.

No se cubren pruebas a pacientes sanos como prueba de screening.



Prueba Molecular

- **Técnica:** Reacción en la cadena de la polimerasa (PCR-RT).
- Se extrae una muestra del fondo de la nariz y de la garganta usando un hisopo.
- “Reconstruye” un trozo pequeño del material genético (ARN) del COVID-19 identificando al virus.
- **Tiempo:** 4 a 24 horas en dar un resultado.
- Es confiable.
- Costo: Alto.

VS



Prueba Serológica

- **Técnica:** Inmunocromatografía
- Conocida como “prueba rápida”.
- Muestra sanguínea.
- No se enfoca en el virus, sino en detectar los anticuerpos que produce nuestro cuerpo para defenderse de él.
- 15 minutos aprox. en dar resultados.
- Son confiables siempre que se tomen en el momento adecuado, algunos días después de que el virus ingresó al organismo.
- Costo: Bajo.

* Es importante considerar que en un establecimiento de salud privado o público la toma de muestra está sujeta a criterio médico.



Atención por COVID 19

COPAGO “0”

Cubrimos al 100% a afiliados de salud COVID-19

Desde el 26 de junio del 2020, Pacífico ha dispuesto que ningún afiliado suyo tenga que hacer pago alguno de necesitar tratamiento frente al COVID-19 por hospitalización, emergencia y urgencia.

Mientras dure el Estado de Emergencia Sanitaria, no se aplicarán cargos por copagos si el diagnóstico es de COVID-19 con enfermedad respiratoria.

El beneficio de cobertura al 100% para COVID-19 aplica de acuerdo a lo siguiente:



Urgencia ambulatoria*

o de emergencia: casos confirmados de COVID-19 o con sospecha (de acuerdo a la definición establecida por el MINSA).



Atención hospitalaria: casos confirmados con diagnóstico de COVID -19 con problemas respiratorios moderados a severos (de acuerdo a la definición MINSA).



*Se define como urgencia ambulatoria al espacio asignado en las clínicas, en la parte de emergencia, para atender casos por sospecha o confirmación del COVID-19.

Procedimientos de atención en tiempos de COVID 19

¿Qué hacer si el afiliado no presenta síntomas y sospecha de infección o presenta síntomas leves?



- Deberá permanecer en aislamiento social y mantenerse alerta a los síntomas (si aparecen).



- Contará con la **App SANNA**, donde podrá programar una cita con un médico online. Para más información visita: www.sanna.pe/servicios/dr-online



- Adicionalmente, podrá comunicarse con la **Central de Emergencias al (01) 415-1515** para coordinar el servicio de Médicos a Domicilio por cada miembro de su familia (titular y dependientes) bajo las condiciones de su plan o póliza de salud.

El Médico a Domicilio coordinará con el laboratorio la toma de muestra al afiliado que solicitó la atención. En paralelo, le brindará los medicamentos para controlar los síntomas con cobertura al 100%.

Una vez que se cuente con el resultado, SANNA se comunicará con el afiliado para brindarle el informe.



- En el caso de recibir un resultado COVID-19 positivo, el afiliado podrá contar con el seguimiento clínico COVID-19 a través una cita con Dr. Online y recibirá medicación de acuerdo a la sintomatología que presente con cobertura al 100%.
- El seguimiento estará a cargo de SANNA y aplica para aquellos afiliados que fueron atendidos a través de Médicos a Domicilio, Dr. Online o ambulancia COVID-19.

¿Qué hacer si el afiliado cuenta con síntomas severos y/o se encuentra en estado de emergencia? (en riesgo de vida)

Contará con las siguientes dos opciones (disponibles según el caso):



1. Podrá comunicarse con la Central de Emergencias al (01) 415-1515 opción 9 para coordinar el traslado por ambulancia (disponible según criterio médico). Si el traslado es requerido, el afiliado será llevado a un establecimiento de salud afiliado a su Plan de Salud EPS. Antes del traslado habrá una coordinación previa para ubicar la disponibilidad de atención de emergencia, cama, UCI (según el caso).
2. Podrá dirigirse al servicio de emergencia del establecimiento de salud más cercano o afiliado a su Plan de Salud EPS.

Según criterio médico se ordenará una Prueba Molecular o Prueba Rápida en el establecimiento de salud donde se encuentra recibiendo atención.

- En el caso de recibir un resultado COVID-19 positivo y el afiliado se encuentra en un estado de salud grave, se procederá con el internamiento/ ingreso a UCI (de ser necesario)*
- El establecimiento de salud que diagnosticó y atendió al afiliado estará a cargo del seguimiento del caso.



***Los casos confirmados de COVID-19 con problemas respiratorios moderados a severos (de acuerdo a definición MINSA) cuentan con cobertura al 100%**

¿Cuáles son los canales de atención para enfermedades comunes?

DR.ONLINE



Beneficio exclusivo a través del App o web de SANNA. Servicio de atención vía video llamada donde el afiliado podrá recibir orientaciones médicas (previa programación de cita) para afiliados de 18 a 70 años. Este servicio no es para orientaciones de emergencia y urgencia.

TELEORIENTACIÓN DR.ONLINE:

Orientación médica las 24 horas con un médico general para problemas de salud agudos de baja complejidad a través de video llamada.

(*)Aplica a nivel nacional. No incluye prescripción médica indicación de exámenes auxiliares.



TELECONSULTA DR.ONLINE**:

Videollamada para atención médica de problemas de salud agudos de baja complejidad a cargo de médicos generales. Incluye prescripción médica y/o indicación de exámenes auxiliares de acuerdo a criterio médico.

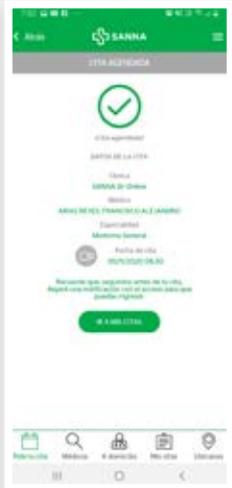
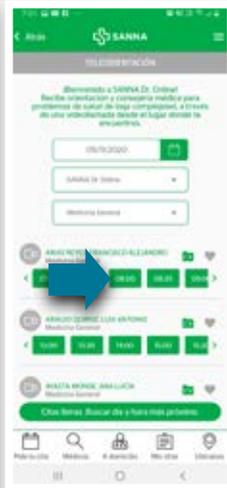
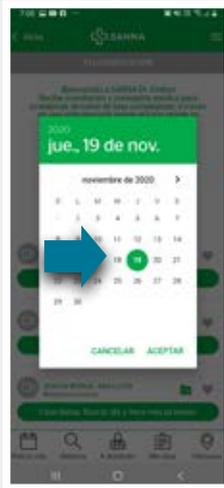
**Aplica en Lima Metropolitana. En las provincias de Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cañete, Chiclayo, Chimbote, Cusco, Huancayo, Ica, Ilo, Iquitos, Moquegua, Piura, Pucallpa, Puno, Tacna, Talara, Tarapoto, Trujillo y Tumbes incluye solo prescripción de medicamentos.

Términos y condiciones de servicio en el siguiente
link:www.sanna.pe/servicios/doctor-online/

¿Qué es la APP SANNA y cómo usarlo?

El APP SANNA es un aplicativo que puedes descargar a través de Google Play o App Store, y registrar te para la creación de tu usuario. Para utilizar este servicio deberás contar con una PC o Laptop con conectividad a internet o un equipo móvil tipo Smartphone con servicio de internet.

Proceso para separar una cita:



ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE BRINDAN ATENCIONES VIRTUALES Y /O TELEFÓNICAS

Lima

- SANNA Clínica y Centros Clínicos
- Clínica San Felipe
- Aliada
- Clínica Limatambo San Isidro
- Centro Médico Jockey Salud
- Clínica Centenario Peruano Japonesa
- Clínica Tezza
- Clínica San Pablo
- Clínica San Gabriel
- Clínica Jesús Del Norte
- Clínica Nuevo San Juan
- Clínica Santa María del Sur
- Clínica Bellavista
- Clínica Ricardo Palma
- Clínica British American Hospital
- Clínica Delgado

Provincias

- SANNA Clínica Del Sur (Arequipa)
- SANNA Clínica Sánchez Ferrer (Trujillo)
- SANNA Clínica Belén (Piura)
- Clínica Santa Anita (Iquitos)
- Clínica Juan Pablo II (Pucallpa)
- Clínica Santa Beatriz (Talara)
- Clínica María Belén (Cajamarca)
- Medisalud (Cajamarca)
- Clínica Pardo (Cusco)
- Clínica Los Vásquez (Chincha)
- Clínica Arequipa (Arequipa)
- Clínica Carita Feliz (Piura)
- Clínica Ana Stahl (Iquitos)
- Hogar Clínica San Juan de Dios (Cusco)
- Hogar Clínica San Juan de Dios (Arequipa)
- Clínica San Pablo (Trujillo)
- Clínica San Pablo (Huaraz)
- Clínica San Pablo (Arequipa)
- Clínica Miraflores (Piura)
- Clínica Vallesur (Arequipa)



PROCESO DE ATENCIÓN PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS

Afiliados al Programa Siempre Sano (Asma, Diabetes, Dislipidemia, Hipertensión):

Los requisitos son lo siguientes:

En Centros Clínicos SANNA se tendrá que coordinar una cita para recibir atención a través de Dr. Online.

Para atenciones de Médicos a Domicilio, el médico se comunicará con el afiliado directamente para coordinar la entrega de medicamentos.

En provincias, se coordina directamente con la clínica para recibir una cita médica.

Al momento y debido a la coyuntura no habrá nuevos ingresos al

Programa Siempre Sano.

Los requisitos son lo siguientes:

Programa para afiliados con las siguientes enfermedades crónicas:



Asma



Diabetes Mellitus tipo 2



Hipertensión arterial



Dislipidemia

Para cualquier consulta del Programa Siempre Sano puedes escribir a: [pacificoayuda @pacifico.com.pe](mailto:pacificoayuda@pacifico.com.pe)

¿Dónde puedo atenderme?

Lima

SANNA/ Centro Clínico La Molina
SANNA/ Centro Clínico Miraflores
SANNA/ Atención a Domicilio*

Provincias

Trujillo: SANNA/ Clínica Sánchez Ferrer
Piura: SANNA/ Clínica Belén
Arequipa: SANNA/ Clínica del Sur
Cajamarca: SANNA/ Centro Clínico Cajamarca

*Aplicado para Lima y de acuerdo a la cobertura del servicio

CONTROL DEL NIÑO SANO - REEMBOLSO DE INMUNIZACIONES

La cobertura es del 100% con los siguientes topes:

- Tetraxim S/. 120
- Sarampión, Rubéola y Paperas S/. 75

Vacuna	Edades
BCG	Recién nacido (0-28 días)
Polio, DPT - Tetraxim	2", 4" y 6" mes
Sarampión, Rubéola, Paperas	12º mes
Polio, DPT - Tetraxim	18º mes
Sarampión, Rubéola, Paperas	18º mes
Polio, DPT - Tetraxim	4 años (hasta 4 años, 11m y 29d)
Tétano	10años (hasta 10 años, 11m y 29d)

El beneficio del CNS contempla que se podrá solicitar un reembolso solo en provincia.

Centro de vacunación gratuito

En caso de requerir el Esquema de Vacunación PEAS-MINSA contamos con los siguientes Centros de Vacunación en donde la vacuna es totalmente gratis y alineados a la Directiva Sanitaria N 093. La atención será previa cita:



- SANNA/ Centro Clínico Chacarilla : 01 – 635-5000 opción 3
- Centro de Vacunación APEPS / ubicado a espaldas de la Clínica Javier Prado 01 – 211-44141 anexo 1117/1118

Nota: La vacunación está restringida en algunas regiones por la alta cantidad de contagiados por COVID 19. Para más información escribir al buzón: [preventivopromocional @pacifico.pe](mailto:preventivopromocional@pacifico.pe)

Reembolsos ONLINE

Requisitos para tramitar un reembolso online:

1. El reembolso online lo podrá solicitar únicamente el titular del Plan de Salud.
2. El Documento de Identidad (DNI) y el correo electrónico deberán estar registrados para acceder al beneficio.
3. Para actualizar y/o registrar la información la información de contacto podrás llamar a la Central de Orientación y Consultas al (01) 513-5000 o contactarte con nosotros a través del Chat Web Pacífico en:
www.pacifico.com.pe

¿Qué tipo de reembolsos puedo pedir?

Gastos ambulatorios como: consultas médicas, medicamentos, estudios de imágenes, exámenes de laboratorio, terapias físicas y procedimientos ambulatorios.

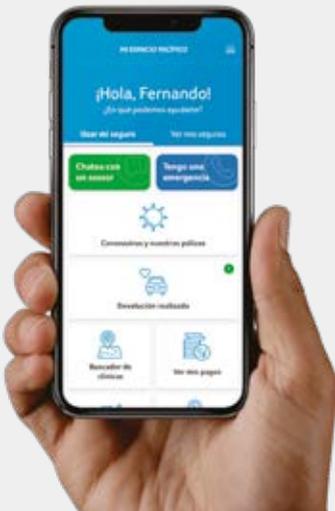


¿Quiénes pueden acceder a esta plataforma?

Afiliados a la EPS que cuenten con el beneficio de reembolso.

Importante

- Aplica solo para el reembolso de gastos realizados a nivel nacional.
- En caso de presentar Recibos de Honorarios Médicos, estos deben haber sido emitidos de manera electrónica ya que, de acuerdo a la resolución de la SUNAT N RS043-2017, no aceptamos Recibos por Honorarios emitidos de manera física.
- Afiliados con planes de salud EPS deben consignar los siguientes datos: Pacífico S.A Entidad Prestadora de Salud – RUC: 20431115825



a través de nuestros canales digitales.



Paso 1:

Ingresas tus datos personales y la información sobre tu atención médica.



Paso 2:

Añade los gastos por reembolsar. Indica los gastos que realizaste (solo gastos ambulatorios).



Paso 3:

Tómale foto a los documentos que sustenten tu atención y adjúntalos.

¡Listo!

Entre 7 y 10 días útiles se hará efectivo el reembolso y se depositará en tu cuenta bancaria.

SEGURO COMPLEMENTARIO
DE TRABAJO DE RIESGO

SALUD - SCTR



¿QUÉ ES SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO SCTR?

Es un seguro obligatorio especial que brinda cobertura para atenciones médicas y prestaciones económicas (e indemnizaciones y pensiones) a trabajadores que realicen actividades consideradas por la ley como de alto riesgo conforme al Anexo 5 el Decreto Supremo 009-97-SA.



¿QUÉ EMPRESAS ESTÁN OBLIGADAS A CONTRATAR EL SCTR?

Las industrias como la minería o la construcción, producción de petróleo crudo y gas natural, la pesca, la fabricación de textiles, productos plásticos y de vidrio, la industria básica de hierro y acero, la construcción de maquinaria, entre otras actividades consideradas de riesgo descritas en el Anexo 5 del Decreto Supremo N 009-97-SA., así como aquellas que los exponen a situaciones de riesgo que pueden causar enfermedades:

- Empresas de servicios especiales.
- Instituciones de intermediación y provisión de mano de obra.
- Contratistas y Subcontratistas.
- Cooperativas de trabajadores

¿QUÉ CUBRE EL SCTR SALUD?

Cubre todos los gastos de recuperación por accidentes o enfermedades causadas por el trabajo de alto riesgo.



Cobertura total en accidentes laborales

Atención médica, farmacológica, hospitalaria y quirúrgica al 100%, sin copago ni deducible.



Rehabilitación y readaptación laboral

Entregamos los medios necesarios para que el trabajador pueda rehabilitarse y reincorporarse a su trabajo lo antes posible.



Prótesis y aparatos ortopédicos

El SCTR cubre los elementos ortopédicos necesarios para la rehabilitación funcional del accidentado.



Prevención en Seguridad y Salud Ocupacional

Asistimos y asesoramos en seguridad y salud ocupacional preventiva a la empresa y su trabajadores.

¿QUÉ CUBRE EL SCTR PENSIÓN?

Cubre todos los gastos como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional donde el trabajador queda en una situación de invalidez o fallece.



Indemnización por invalidez

Si las lesiones causan una invalidez permanente de entre el 20% al 50% de la capacidad laboral, se pagará al asegurado una indemnización única basada en su remuneración promedio y su grado de incapacidad.



Pensión de invalidez

Si un accidente de trabajo o enfermedad profesional deja al asegurado con una invalidez mayor o igual al 50% de su capacidad de trabajo, se pagará una pensión una vez terminado el período de subsidio.



Pensión de sobrevivencia

Se paga a los beneficiarios acreditados de acuerdo al DS003-98-SA, en caso de que el trabajador asegurado falleciera a consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.



Gastos de sepelio

En caso de fallecimiento de un trabajador asegurado, se reembolsarán los gastos de sepelio hasta el monto máximo establecido por la SPP para el mes del fallecimiento.

¿QUÉ NO CUBRE EL SCTR?

No cubre los accidentes que ocurren en las siguientes situaciones:



Trayecto desde /hacia el trabajo



Daño autoprovocado o participación en riñas



Incumplimiento de órdenes



Actividades recreativas o deportivas



Vacaciones o licencias



En caso de guerra civil o internacional

- El que se produce en el trayecto de ida y retorno al centro de trabajo, aunque el transporte sea realizado por cuenta de la Entidad Empleadora en vehículos propios contratados para el efecto.
- El provocado intencionalmente por el propio trabajador o por su participación en riñas o peleas u otra acción ilegal.
- El que se produzca como consecuencia del incumplimiento del trabajador de una orden escrita específica impartida por el empleador.
- El que se produzca con ocasión de actividades recreativas, deportivas o culturales, aunque se produzcan dentro de la jornada laboral o en el centro de trabajo.
- El que sobrevenga durante los permisos, licencias, vacaciones o cualquier otra forma de suspensión del contrato de trabajo.
- Los que se produzcan en caso de guerra civil o internacional, declarada o no, dentro o fuera del Perú, motín, con moción contra el orden público o terrorismo.



Uso de alcohol o drogas



Por efectos de desastres naturales

- Los que se produzcan como consecuencia del uso de sustancias alcohólicas o estupefacientes por parte del ASEGURADO.
- Por efectos de terremoto, maremoto, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza

¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN POR SCTR SALUD?



- 1 Reportar inmediatamente la ocurrencia del accidente y/o enfermedad profesional a mi entidad empleadora.



- 2 Mi entidad empleadora debe entregarme un **Formato de Atención Médica** debidamente llenado, firmado y sellado.



- 3 Mi entidad empleadora debe brindarme los primeros auxilios y posteriormente debe trasladarme hacia la clínica de mi elección que se encuentre afiliada a mi seguro EPS.



- 4 Ya en la clínica, deberé mostrar mi DNI y entregar el Formato de SCTR en el módulo de admisión de emergencia.



- 5 Una vez terminada mi atención deberé cumplir con las indicaciones del médico tratante.



- 6 Si el accidente que he sufrido requiere que tenga controles posteriores (ambulatorios) deberé acercarme en cada oportunidad a la clínica portando mi DNI y un Formato de SCTR debidamente llenado, firmado y sellado por mi entidad empleadora.

¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN POR ENFERMEDAD PROFESIONAL?

1. El paciente debe ser atendido por su plan de salud de enfermedades comunes (EPS o ESSALUD), y solicitar un Informe Médico con los diagnósticos establecidos y resultados de exámenes que los sustenten.
2. El empleador debe enviar, vía correo electrónico o en físico:
 - a. Informe médico donde se establezca el diagnóstico médico final actual emitido a través de su seguro de enfermedades comunes EPS, ESSALUD o Médico particular y los resultados de los exámenes que sustenten dicho diagnóstico.
 - b. Exámenes ocupacionales de los 3 últimos años.
 - c. Informe de los puestos de trabajo que viene realizando el asegurado desde la fecha de ingreso a laborar en la empresa e indicando el tiempo de trabajo en cada uno de ellos.
 - d. IPER, informe de identificación de Peligros y evaluación de Riesgos a los cuales el trabajador está expuesto.
 - e. Con esta información, evaluaremos la pertinencia de considerar una Enfermedad Profesional. Según el caso, podríamos solicitar mayor información para sustentar.



¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO PARA EMERGENCIAS Y EVACUACIONES PARA ATENCIONES DE EMERGENCIA?



El asegurado se acercará al establecimiento médico portando su DNI y el Formato de Atención de SCTR debidamente llenado, firmado y sellado por su empleadora.

El formato debe contener, como mínimo los siguientes datos:

- Razón Social y RUC de la empresa
- Número de Póliza SCTR-Salud
- Datos completos del asegurado
- Detalle de la ocurrencia del accidente



En casos sumamente graves en los que el asegurado no porte su DNI o el Formato, se brindará la atención médica con cargo a regularizar los documentos a más tardar al día siguiente, previa autorización de Siniestros SCTR Salud.



¿QUÉ SON LAS PRESTACIONES POR INVALIDEZ

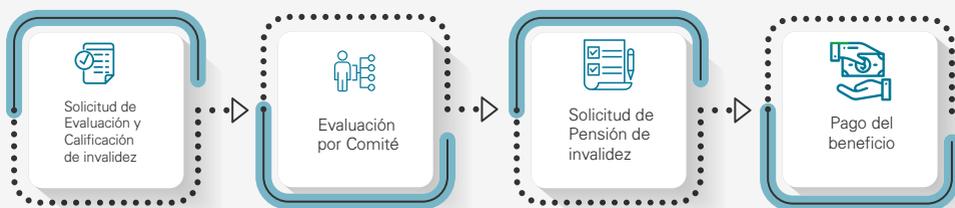


Es un beneficio de invalidez que está estipulado en el Decreto Supremo 003-98-SA, Normas Técnicas del SCTR.

El asegurado deberá cumplir los siguientes requisitos:

1. Ser calificado como invalido por la compañía de seguros, para lo cual es obligatorio. «Presentar una solicitud en los formatos proporcionados por LA ASEGURADORA»
2. Para presentar la solicitud –de evaluación –se requiere, «Presentar la documentación completa»
 - a) Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones de su alta o baja médica. (Invalidez Accidental)
 - b) Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud. (Invalidez Accidental -Opcional).
 - c) Toda la documentación médica que cuente el asegurado y que acredite la condición de salud. (Enfermedad Profesional)

d) Copia simple del documento de identidad. (Para todos los casos).



Después de las verificaciones generales corresponde determinar cual es el grado de menoscabo del trabajador.

Para determinarlo se requiere de una evaluación de los Médicos Auditores de Rímac, ellos expresaran en un porcentaje el menoscabo de la capacidad de trabajo.

Según el resultado podremos tener los siguientes escenarios:

1. Menoscabo menor a 20% será una solicitud rechazada sin ningún beneficio
2. Menoscabo mayor a 20% pero menor que 50% será una Indemnización que es un pago único.
3. Menoscabo mayor o igual a 50% pero menor que 66.67% (dos tercios), será una pensión de Invalidez Parcial.
4. Mayor que 66.67% será una pensión de Invalidez Total
5. Mayor que 66.67% pero además que el trabajador sea dependiente, será una pensión de Gran Invalidez.



Las pensiones de invalidez parcial o total podrán ser de naturaleza temporal o permanente.

En todos los casos, el asegurado tiene derecho a apelar, en cuyo caso se elevará el caso al Instituto Nacional de Rehabilitación.

En caso sea aprobada la cobertura para acceder al beneficio de invalidez se requiere presentar los siguientes documentos:

- a) Declaración Jurada del empleador señalando el importe de las 12 últimas remuneraciones asegurables, percibidas por asegurado. En caso de que el asegurado hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 meses, acreditará la Remuneración Mensual por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión. (Pensión de invalidez permanente, temporal e indemnizaciones).
- b) La acreditación, en forma documentada, de todos sus beneficiarios (Sólo para invalidez con renta vitalicia).



NOTA IMPORTANTE: Para liquidar los beneficios la declaración jurada del empleador es referencial, ya que la aseguradora liquidará de acuerdo con el monto declarado nominalmente por el contratante para el pago de la prima.

¿QUÉ SON LAS PRESTACIONES POR SOBREVIVENCIA?

Se trata de un asegurado invalido cubierto por el SCTR que fallece, o sea el caso de un asegurado activo que fallece para lo cual los familiares contarán con beneficios contando con los siguientes requisitos señalados en el Decreto Supremo 003-98-SA, Normas Técnicas del SCTR:



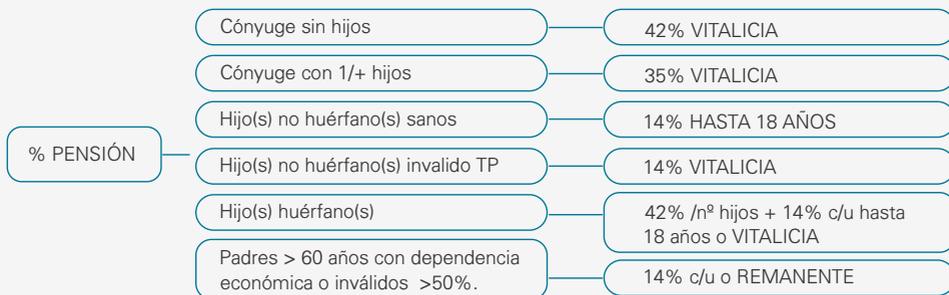
- a) Declaración Jurada del empleador señalando el importe de las 12 últimas remuneraciones asegurables, percibidas por asegurado. En caso que el asegurado hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 meses, acreditará la Remuneración Mensual por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión. (Sobrevivencia del activo).
- b) La acreditación, en forma documentada, de todos sus beneficiarios (Para ambos casos).
- c) Acta de defunción (Para ambos casos).
- d) Certificado Médico de Defunción ó Atestado Policial (en caso de muerte por accidente) ó la sentencia judicial de muerte presunta. (Para ambos casos).



NOTA IMPORTANTE:

Para liquidar los beneficios la declaración jurada del empleador es referencial, ya que la aseguradora liquidará de acuerdo al monto declarado nominalmente por el contratante para el pago de la prima.

Los montos son calculados del 100% de la REMUNERACIÓN MENSUAL del trabajador asegurado.



Prestaciones por Supervivencia - "Ejemplo 1"

Ejemplo Grupo Familiar: Cálculo de la Pensión de Supervivencia

Cónyuge Padre de 75 años Madre de 65 años		● Esposa	35%	
		● Hijo 1	14%	14%
		● Hijo 2	14%	14%
		● Hijo 3	14%	14%
		● Mamá	14%	11.5%
		● Papá	14%	11.5%
			105%	100%

Se recalcula hasta ajustar al 100%

Prestaciones por Supervivencia - "Ejemplo 2"

Ejemplo Grupo Familiar: Cálculo de la Pensión de Supervivencia

Cónyuge Padre de 75 años Madre de 65 años		● Esposa	42%
		● Mamá	14%
		● Papá	14%
			70%

Prestaciones por Supervivencia - "Ejemplo 3"

Ejemplo Grupo Familiar: Cálculo de la Pensión de Supervivencia

Un hijo sano < 18 años Un hijo invalido Padre de 75 años Madre de 65 años		● Hijo sano	35%
		● Hijo inválido	35%
		● Mamá	14%
		● Papá	14%
		98%	

Se incrementa en 14 puntos, tantas veces como hijos tuviese del 42% R.M. La pensión de padres sólo si hay remanente.

DEFINICIONES PARA CONSIDERAR:

1. ¿Qué es un accidente de trabajo?

Se considera accidente de trabajo en los siguientes casos:

- El que sobrevenga al trabajador durante la ejecución de órdenes del empleador o bajo su autoridad, aun cuando se produzca fuera del centro y de las horas de trabajo.
- El que se produce antes, durante o después de la jornada laboral o en las interrupciones del trabajo; si el trabajador se hallara por razón de sus obligaciones laborales, en cualquier centro de trabajo del empleador, aunque no se trate de un centro de trabajo de riesgo ni se encuentre realizando las actividades propias del riesgo contratado.
- El que sobrevenga por acción del empleador o sus representantes o de tercera persona, durante la ejecución del trabajo.



2. ¿Qué es una enfermedad profesional?

Se entiende como enfermedad profesional todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en que se ha visto obligado a trabajar (según listado EP – R.M. N 480-2008 /MINSA).

3. ¿Un empleador persona natural puede contratar el SCTR?

Sí, para ello el empleador debe estar registrado en SUNAT como persona natural con negocio y contar con un RUC 10.





**PODEROSA SE
COMPROMETE
CONTIGO**

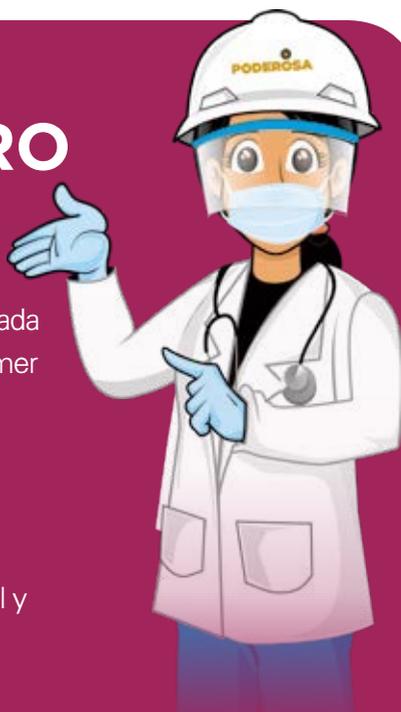
**SALUD Y BIENESTAR:
SEGURO
VIDA LEY**

¿QUÉ ES SEGURO VIDA LEY?

Es un seguro que toda empresa está obligada a otorgar a sus colaboradores desde el primer día de relación laboral.

¿Qué me cubre este seguro?

Los trabajadores con Vida Ley recibirán indemnización ante los casos de muerte natural*, muerte accidental o invalidez total y permanente por accidente.



Muerte natural

16 remuneraciones mensuales asegurables, promedio del último trimestre, percibidas por el trabajador asegurado hasta el mes previo a su fallecimiento.

(*). Esta cobertura se vuelve obligatoria a partir de del 01 de enero de 2021.



Muerte accidental

32 remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el trabajador asegurado el mes previo al accidente.



Invalidez Total y Permanente por Accidente

32 remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el trabajador asegurado el mes previo al accidente.



¿Qué se entiende por invalidez total y permanente?

Para efectos del Seguro de Vida Ley, se entiende por invalidez total y permanente, aquella que se origina por un accidente que genera:

- Alienación mental absoluta e incurable.
- Descerebramiento que impide efectuar trabajo u ocupación por el resto de la vida.
- Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente
- Pérdida total de la visión de ambos ojos
- Pérdida total de ambas manos
- Pérdida total de ambos pies
- Pérdida total de una mano y un pie.



¿Cuánto cuesta?

Al colaborador no le cuesta nada, ya que la empresa está en la obligación de otorgar este seguro a todos los trabajadores desde el primer día laboral.

¿Quiénes se benefician con este seguro?

Los hijos, él o la cónyuge (a falta de cónyuge, el/la conviviente que cumpla con los requisitos del artículo 326 del Código Civil: 2 años de convivencia de hecho y libres de impedimentos matrimoniales).

Solo a falta de hijos o cónyuge (o conviviente), se considera como beneficiarios a los Padres y los hermanos menores de 18 años.

El empleador contratante del seguro tiene derecho a cobrar la suma asegurada, si fallecido el trabajador asegurado y vencido el plazo de un (1) año de ocurrido el siniestro, ninguno de los beneficiarios señalados en el artículo 1 hubiera ejercido su derecho.

El trabajador debe presentarle al empleador una **Declaración de Beneficiarios con su firma legalizada.**



¿Cómo puedes usar tu seguro?

El trabajador debe haberle presentado al empleador una Declaración de Beneficiarios con su firma legalizada. De no haberlo hecho se deberá presentar el testamento o la sucesión intestada debidamente inscrita en los Registros Públicos y solo tendrán derecho al seguro de vida los beneficiarios mencionados en el artículo 1 de la Ley. La declaración jurada debe ser entregada por el empleador, dentro de las 48 horas de producido el fallecimiento del trabajador

¿Quiénes pueden ser mis beneficiarios?

Ninguna persona con parentesco diferente al que señala la Ley puede ser considerado beneficiario.

- 
-  Convivientes
 -  Esposos
 -  Hijos
 -  Menores de edad
 -  Mayor de edad incapacitado

¿Qué coberturas adicionales cuenta este seguro?

El seguro cuenta con coberturas adicionales para brindar un mayor beneficio a los trabajadores. Estas son las siguientes:

- Gastos por sepelio³ sueldos hasta un máximo de S/. 12,000
- Desgravamen: 5 sueldos hasta un máximo de S/. 20,000
- Desamparo familiar súbito: 5 sueldos hasta un máximo de S/. 50,000
- Fallecimiento por Cáncer: 5 sueldos hasta un máximo de S/. 12,000
- Fallecimiento por Infarto al miocardio: 5 sueldos hasta un máximo de S/. 12,000
- Accidente Cerebro Vascular (VAC): 5 sueldos hasta un máximo de S/. 12,000
- Insuficiencia renal crónica: 5 sueldos hasta un máximo de S/. 12,000
- Ceguera por accidente: 5 sueldos hasta un máximo de S/. 12,000
- Quemadura por accidente: 5 sueldos hasta un máximo de S/. 12,000
- Sordera por accidente: 5 sueldos hasta un máximo de S/. 12,000
- Trasplante de órganos: 5 sueldos hasta un máximo de S/. 20,000
- Esclerosis múltiple: 5 sueldos hasta un máximo de S/. 20,000
- Coma: 5 sueldos hasta un máximo de S/. 20,000
- Traslado al lugar de origen 5 sueldos hasta un máximo de S/. 12,000
- Repatriación de restos: 5 sueldos hasta un máximo de S/. 12,000
- Cirugía puente aortocoronario: 5 sueldos hasta un máximo de S/. 12,000
- Hijo póstumo: 5 sueldos hasta un máximo de S/. 12,000

¿Qué no cubre tu Seguro Vida Ley ?

Atención con estas exclusiones principales

- Autolesiones o suicidio
- Las indemnizaciones no son acumulables.
- Es decir, si un trabajador queda inválido y se le indemniza por eso, pierde derecho a su indemnización por muerte
- Los montos máximos están sujetos a ley
- Revisa la lista completada en el Condicionado



¿Cuáles son los pasos para solicitar la indemnización?

Una vez ocurrido el suceso, los beneficiarios deben acercarse al centro de labores del familiar fallecido para conocer cuál es la compañía de seguros que se contrató. La aseguradora le solicitará:

- Declaración de beneficiarios con firma legalizada del trabajador (que debe tener guardada el empleador)
- Acta de defunción y documento de identidad del trabajador
- **Beneficiarios:** partida de matrimonio o resolución judicial que declara la unión de hecho —de ser el caso—, partidas de nacimiento y documentos de identidad, según corresponda.



¿A CUÁNTO ASCIENDE LA REMUNERACIÓN ASEGURABLE?

Se considera remuneración asegurable aquella que figura en los libros de planillas y boletas de pago, la misma que debe ser percibida habitualmente aun cuando sus montos puedan variar y hasta el tope de la remuneración establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones que la actualiza la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP trimestralmente.

No se incluyen dentro de la remuneración asegurable las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional, entre otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente.

Si eres un trabajador remunerado a comisión o destajo, se considera como remuneración asegurable el promedio de las remuneraciones percibidas en los últimos tres (3) meses.

Tope RMA/9,792.61
(Julio -Agosto2020)

Ejemplo de cálculo del beneficio: 

Muerte Natural (16), fecha de deceso julio 2020

	Boleta Abr.	Boleta May.	Boleta Jun.
Sueldo	S/10,500.00	S/10,500.00	S/10,500.00
RMA	S/9,988.95	S/9,988.95	S/9,988.95

= S/. 9,988.95

Pago S/. 9,988.95 x 16 = **S/. 159,823.20**

** Esta suma se pagará en partes iguales entre los beneficiarios designados por el Asegurado en su declaración jurada debidamente legalizada y tal como lo establece el art 1° del D.L.688.



¿CÓMO DEBO LLENAR LA DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIOS?

Completar los datos en el Formulario de Declaración Jurada de Beneficiarios con letra legible.

Señalar los datos personales del trabajador y especificar quién o quiénes serán los beneficiarios.

Se debe adjuntar lo siguiente:

- Copia legible del DNI del titular
- Legalizar el documento ante notario público
- Entregar el documento original a la oficina de Bienestar Social
- Muy importante el trabajador debe informar a oficina de Bienestar Social oportunamente en caso hubiera alguna modificación de sus beneficiarios.

Declaración Jurada de Beneficiarios

Señores

Ciudad

Ref:

Declaración Jurada de Beneficiarios – Seguro Colectivo de Vida – Temporal Especial de empleados y obreros.

De mi consideración:

Me es grato poner en su conocimiento que, de acuerdo a lo establecido en el D.L. N°688 – Ley de Consolidación de Beneficios Sociales, suscribo la presente Declaración Jurada, legalizando mi firma ante Notario Público, con la finalidad de nombrar a los beneficiarios del Seguro de Vida Ley en el cual me encuentro Asegurado.

Primer Beneficiario: Cónyuge o conviviente y descendientes sin restricción de edad(*)

Apellidos y Nombres	DNI	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Domicilio

(*) Conviviente (de conformidad con lo establecido en el artículo 321 de Código Civil) y descendientes (de conformidad con lo establecido en el artículo, 816 y 817 del Código Civil).

Sólo a falta de Declaración del campo correspondiente a Primer beneficiario:
Ascendientes y Hermanos (menores de dieciocho (18) años).

Apellidos y Nombres	DNI	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Domicilio

En caso de invalidez total y permanente por Accidente, el beneficiario será el propio Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

Nombre del Trabajador:

N° DNI

Empleador:

Firma del Trabajador:

Legalización Notarial

RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR



Entregar a su Empleador una Declaración Jurada de Beneficiarios debidamente legalizada.



Comunicar, las modificaciones que pudieran ocurrir en el contenido de la Declaración Jurada.

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR



Realizar el pago oportuno de las facturas



El empleador es responsable de informar y actualizar la información requerida por el MINTRA a través de su página web.

DOCUMENTOS PARA LA ATENCIÓN DE UN SINIESTRO DE VIDA LEY POR MUERTE NATURAL

Los documentos mencionados deberán ser enviados en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada).

- Certificado Medico de la Defunción - Acta de Defunción-
- Original de la Declaración Jurada de Beneficiarios con la firma legalizada Notarialmente. En caso de no existir, adjuntar Original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del Testimonio de Sucesión Intestada de Herederos.
- Constancia de inscripción definitiva de la sucesión intestada en los registros públicos
- Documento de Identidad vigente de la asegurado fallecido y de todos sus beneficiarios. En caso estos sean menores de edad la partida de nacimiento y DNI del padre o tutor del menor. (si es tutor, presentar Resolución Judicial e Inscripción en los Registros Públicos).



- Boletas de pagos de los tres últimos meses previos al mes del deceso del Asegurado debidamente firmadas por el Trabajador y Empleador.
Libro de Planillas o planilla electrónica del Empleador de los últimos tres meses previos al deceso.
- Partida de Matrimonio. En caso de convivencia, adjuntar Resolución Judicial de Unión de Hecho consentida y/o ejecutoriada.

DOCUMENTOS PARA LA ATENCIÓN DE UN SINIESTRO DE VIDA LEY POR MUERTE ACCIDENTAL

Para el caso de Muerte Accidental deberá contar con la siguiente documentación:

- Atestado Policial con sus Conclusiones Finales (Resultado de la Investigaciones)
- Protocolo de Necropsia Completo.
- Los Análisis Toxicológicos y con el resultado de Alcholemlia
- La Boleta de pago al mes previo a la muerte accidental del trabajador.

DOCUMENTOS PARA LA ATENCIÓN DE UN SINIESTRO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Para el caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente los documentos son los siguiente:

- Documento de Identidad del Asegurado
- Historia Clínica fedateada y foliada(de un centro de salud debidamente autorizado y acreditado por las autoridades competentes))
- Informe médico reciente indicando diagnóstico
- Dosaje Etílico (en caso de tratarse de un accidente detránsito)

- Dictamen de invalidez de la comisión médica evaluadora de incapacidades del minsa, Essalud.

CONTINUACIÓN DEL SEGURO EN CASO DE CESE DEL TRABAJADOR ASEGURADO

Cuando EL ASEGURADO cese en su empleo, puede optar por mantener el presente Seguro de Vida en vigor, asumiendo por su cuenta el costo del pago de la prima, para lo cual deberá comunicarlo por escrito a LA COMPAÑÍA dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios desde la fecha de cese. En este caso, LA COMPAÑÍA le extenderá un nuevo contrato como Póliza Individual, la cual será emitida bajo las nuevas condiciones establecidas en aplicación de la nueva Ley N 29549 que modifica el D.L.688.

Para proceder con la emisión de la póliza, la Aseguradora tomará en cuenta la edad y estado de salud, según Declaración Jurada de Salud del cesante.

Pág.
78

En tal sentido, EL ASEGURADO deberá presentar a LA COMPAÑÍA, la siguiente documentación dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados desde la fecha del término de la relación laboral:

1. Carta dirigida a Rimac Seguros solicitando la continuidad del Seguro Vida Ley.
2. Carta de Cese expedida por el empleador.(*)
3. Liquidación de beneficios.(*)
4. Boletas de pago de los tres últimos meses con firma y sello del empleador, sí en los últimos tres meses previos al cese estuvo con descanso médico o de vacaciones, entonces adjuntar una cuarta boleta.(*)
5. Certificación Médica de la Invalidez, en el caso de que la suspensión laboral sea por invalidez del Asegurado.(*)
6. Declaración Jurada de Beneficiarios.(*)
7. Documento de Identidad.(*)

(*) Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada).

SALUD Y BIENESTAR:

**SEGURO
+ VIDA**

**PODEROSA SE
COMPROMETE
CONTIGO**



¿QUÉ ES +VIDA?



+VIDA es un seguro de accidentes personales que otorga indemnización en caso de muerte invalidez permanente total o parcial como consecuencia de un accidente, y cuya cobertura cuenta con el respaldo de Rímac Seguros y Reaseguros.

¿Cómo me protege?

Este seguro protege las 24 horas del día, los 365 días del año, dentro y fuera del país. Tratándose del cuerpo general de bomberos Voluntarios del Perú (CGBVP) la cobertura se brindará dentro del país.

¿Cuánto cuesta?

La prima mensual es de **S/.5.00 (Cinco y 00/100 Soles)**.

¿Quiénes pueden afiliarse a +Vida?

Se pueden afiliar todas las personas titulares de los seguros de EsSalud (regular, agrario, potestativo, independientes, pescador – procesador artesanal independiente), sin límite de edad.



¿CÓMO PUEDES AFILIARTE A +VIDA?



Si eres trabajador dependiente, solo deberás solicitar y autorizar a tu empleador el descuento de la prima correspondiente.



Afiliate y/o actualiza tus datos, llenando el **Formulario 6012 -Registro de titular y beneficiarios +Vida** que te lo brindará la trabajadora social.

¿+VIDA sólo cubre en caso de muerte o invalidez total o parcial al titular del seguro?



Si el (la) asegurado(a) titular tiene registrado en su seguro de salud a su cónyuge o concubina (o) como derechohabiente, la muerte o invalidez total de esta última (este último) también es cubierto por el + Vida, generando una indemnización a favor del titular, siempre que haya sido como consecuencia de un accidente.

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES EXCLUSIONES?

1

Cualquier enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivadas por accidentes amparados por la presente póliza.

2

Los accidentes que se produzcan mientras el afiliado se encuentra bajo los efectos del alcohol o drogas, alucinógenos o en estado de sonambulismo

3

Lesiones causadas por el asegurado voluntariamente a sí mismo, suicidio o tentativa de suicidio

4

Actos infractorios de leyes o reglamentos.



¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENE +VIDA?



Indemniza al afiliado o beneficiarios por riesgos derivados de accidentes en caso de muerte o invalidez permanente total o parcial.



Es un seguro independiente, voluntario y complementario de cualquier otro seguro que administre EsSalud, no suponiendo, en ningún caso, una sustitución o reducción de los beneficios.



Su vigencia es mensual y se renueva automáticamente con el pago de la prima correspondiente.

¿Qué beneficios ofrece este seguro?

BENEFICIOS

+VIDA

Al Afiliado Titular

Monto

Por muerte accidental o por invalidez permanente total por accidente	S/. 72,456.30
Pago adicional (S/.1,150X 12 meses) por Canasta Familiar por muerte accidental del titular	S/. 13,801.20

S/. 86,257.50

BENEFICIOS

+VIDA

Al Afiliado Titular

Monto

Por invalidez permanente parcial por accidente (según grado de lesión hasta ...)	S/. 54,342.23
--	---------------

Cónyuge o Concubina

Por muerte accidental o por invalidez permanente total por accidente	S/. 36,228.15
Cobertura Adicional por Desamparo Familiar Súbito	
Por muerte de ambos padres en el mismo accidente	S/. 46,004.00
Cobertura Adicional por Beneficio del Hijo Póstumo	
Cuando la cónyuge o concubina se encuentra embarazada al fallecimiento del titular	S/. 2,300.20

Otras Coberturas Adicionales

Muerte por:

- Quemadura
- Electrocución
- Ahogamiento

Pérdida Total y Definitiva:

De la visión de ambos ojos	S/. 1,725.15
De la audición de ambos oídos	

Amputación:

- De ambos brazos (arriba del codo)
- De ambas piernas (arriba de la rodilla)

Coberturas Adicionales Especiales

Beneficio de Luto y Sepelio:

Beneficio de Luto tipo adelanto de cobertura ambos asegurados (titular y cónyuge o concubina(o)(1).	S/. 6,900.60
Servicio de Sepelio - sólo titular (2).	S/. 6,900.60

Cobertura especial de Vida:

Muerte accidental por negligencia médica declarada en una sentencia firme	S/. 18,401.60
---	---------------



- 1 El beneficio de Luto Tipo Adelanto de Cobertura** se otorgará a cuenta del beneficio principal y presente los siguientes documentos: Certificado de Defunción, Parte Policial., Constancia de inhumación de ser el caso.

- 2 El servicio de Sepelio incluye:** ataúd metálico Americano Estándar, capilla ardiente, coche de flores, carroza de primera, 1 aparato floral y tramites de sepelio. Se otorgará una vez que los deudos hayan presentado la siguiente documentación: Certificado de Defunción.

Definiciones



¿Qué es un accidente?

Toda lesión corporal producida por una acción imprevista, fortuita y externa que le cause invalidez permanente o muerte al asegurado y que pueda ser determinada por los médicos.



¿Qué es invalidez permanente total?

Cuando a consecuencia de un accidente, el Asegurado es incapaz de mover su cuerpo o ha sufrido la pérdida de sus miembros, lo que le impide realizar algún tipo de trabajo por el resto de su vida.



¿Qué es invalidez permanente parcial?

Pérdida por accidente de algún o algunos miembros del cuerpo que no impiden totalmente al asegurado realizar algún trabajo.

SOLICITAR MAYOR INFORMACIÓN

BIENESTAR SOCIAL

- **María Medina**
989 163 181
mmedinar@poderosa.com.pe
- **Silvana Solano**
961 737 280
ssolano@poderosa.com.pe
- **Lourdes Paniora**
993 573 980
lpaniora@poderosa.com.pe
- **Rose Mary Gil**
Oficina Trujillo
993 573 978
rgil@poderosa.com.pe
- **Sandra Atoche**
987 590 130
satoche@poderosa.com.pe

