



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



CLÁUSULA PRIMERA: GENERALIDADES

- 1.1 El Seguro Social de Salud, en adelante **ESSALUD**, otorga al afiliado titular, en adelante **EL AFILIADO** y a sus Dependientes debidamente inscritos, la cobertura de salud en las condiciones que se establecen en el Contrato del seguro potestativo denominado + Salud Seguro Potestativo, en adelante **EL CONTRATO**.
- 1.2 **EL CONTRATO** se encuentra regulado por la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, por el Decreto Supremo N° 016-2009-SA que aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), y sus normas modificatorias y/o complementarias, el Decreto Legislativo N° 1158 que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA, Ley N° 27056, Ley de Creación de ESSALUD y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, sus normas reglamentarias y modificatorias y el Código Civil en lo que corresponda.
- 1.3 **EL CONTRATO** es otorgado por **ESSALUD** sobre la base de las declaraciones efectuadas por **EL AFILIADO** en los correspondientes Formularios de Registro, establecidos por ESSALUD y en la Declaración Personal de Salud (Anexo 1 de **EL CONTRATO**), los cuales tienen carácter de Declaración Jurada. Para los efectos de comprobar la veracidad de la Declaración Personal de Salud, **EL AFILIADO** facilitará a **ESSALUD** el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria.
- 1.4 La cobertura de **EL CONTRATO** está comprendida en el régimen de financiamiento contributivo al que se refiere la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. La afiliación es exclusiva a dicho régimen y excluyente de los regímenes semicontributivo y subsidiado a cargo del Seguro Integral de Salud – SIS.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES

Para la aplicación de **EL CONTRATO**, incluyendo sus anexos, se entiende por:

- 2.1 **AFILIADO**, persona natural registrada ante **ESSALUD** que en virtud al contrato del seguro + Salud Seguro Potestativo tiene la condición de titular del derecho a la cobertura de salud establecida en **EL CONTRATO**.
- 2.2 **APORTE**, es la retribución que debe pagar **EL AFILIADO**, en contraprestación a la cobertura que brinda **EL CONTRATO**.
- 2.3 **COBERTURA DE SALUD** son las condiciones de salud asegurables a las cuales **EL AFILIADO** y sus dependientes afiliados tendrán acceso en los Establecimientos de Salud que **ESSALUD** designe, de acuerdo a las características detalladas en **EL CONTRATO**.
- 2.4 **CONTINUIDAD DE COBERTURA**, beneficio que permite a **EL AFILIADO** y/o dependientes inscritos de los diferentes seguros que administra **ESSALUD**, acceder a la cobertura de salud de **EL CONTRATO**, sin aplicación de preexistencias o período de carencia/espera, siempre que cumpla con las condiciones correspondientes.
- 2.5 **CRONOGRAMA DE PAGOS**, documento emitido y entregado por **ESSALUD** a la suscripción de **EL CONTRATO** en el cual se indica las fechas de pago de los aportes respectivos.
- 2.6 **DERECHO DE COBERTURA**, es el derecho de los asegurados de **ESSALUD** a acceder a las prestaciones de salud de acuerdo al Plan de Salud que les corresponda, siempre que cumplan con las condiciones establecidas en el seguro al que se encuentran afiliados.
- 2.7 **DEPENDIENTES**, son las siguientes personas inscritas por **EL AFILIADO**: (i) cónyuge o concubino(a) a que se refiere el artículo 326° del Código Civil; (ii) hijos(as) menores de edad; y (iii) hijos(as) mayores de edad que se encuentren incapacitados en forma total y permanente para el trabajo.
- 2.8 **EMERGENCIA MÉDICA**, toda alteración o compromiso del estado de salud de una persona, que se presenta súbitamente y que pone en peligro inmediato la vida o el funcionamiento de órganos y sistemas vitales. Los casos de emergencia son identificados y calificados como tales exclusivamente por el profesional médico.
- 2.9 **EMERGENCIA MÉDICA ACCIDENTAL**, es toda lesión originada por la acción imprevista, fuerza externa, repentina y violenta contra la voluntad de la persona, y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.
- 2.10 **EXCLUSIONES**, conjunto de condiciones de salud no comprendidas en la cobertura de **EL CONTRATO**.
- 2.11 **INHABILITACIÓN** sanción administrativa dentro del Seguro Regular o Seguro de Salud Agrario, que consiste en el impedimento temporal para ejercer el derecho a las prestaciones que otorga **ESSALUD** por un año de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 29135 y su Reglamento.
- 2.12 **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD – IPRESS**, Centros Asistenciales de Salud de **ESSALUD** y Centros de Atención de Salud contratados por **ESSALUD**, para prestar servicios de salud a **EL AFILIADO** y sus dependientes que tengan derecho de cobertura.
- 2.13 **LIMITACIONES**, Aquellas prestaciones de salud de **EL CONTRATO**, cuyo otorgamiento se encuentra condicionado a la aprobación por parte de **ESSALUD**.
- 2.14 **DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO (LATENCIA)** el derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante los períodos establecidos en la Ley N° 26790 para los afiliados regulares y sus derechohabientes, en caso de desempleo y de suspensión perfecta de labores que genere la pérdida del derecho de cobertura.
- 2.15 **PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD – PEAS** lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.
- 2.16 **PERÍODO DE CARENCIA**, período de tres meses durante el cual **EL AFILIADO** y sus dependientes inscritos no podrán acceder a las prestaciones de salud contenidas en **EL CONTRATO**, a excepción de las atenciones de emergencia médica accidental. El período de carencia se aplica en forma individual por cada **AFILIADO** o dependiente inscrito.
- 2.17 **PERÍODO DE ESPERA**, período durante el cual ciertas enfermedades y procedimientos no están cubiertos por **EL CONTRATO**. Las enfermedades o condiciones médicas que sean diagnosticadas en este tiempo, si serán cubiertas en cuanto se cumpla con este período.
- 2.18 **PREEXISTENCIA**, son aquellas condiciones de salud o enfermedades que se han iniciado o diagnosticado antes de la vigencia de **EL CONTRATO**.
- 2.19 **REEMBOLSO EN CASO EMERGENCIA MÉDICA**, es el reembolso de gastos por prestaciones asistenciales solicitada por una Institución Prestadora de Servicios de Salud -IPRESS extrainstitucional, por las atenciones de emergencia otorgadas a **EL AFILIADO** o sus dependientes inscritos, en casos de emergencia médica quirúrgica, psiquiátrica y situación de emergencia obstétrica,



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



debidamente sustentada y aprobada por **ESSALUD**.

CLÁUSULA TERCERA: MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DE EL CONTRATO

EL CONTRATO podrá suscribirse de manera presencial en las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas de **ESSALUD** a nivel nacional o a través del proceso de afiliación electrónica. Esta última modalidad queda supeditada a la implementación por parte de **ESSALUD** de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad de **EL CONTRATO**, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure igual o mayor seguridad.

CLÁUSULA CUARTA: AFILIADO Y DEPENDIENTES

4.1 **EL CONTRATO** cubre a los siguientes beneficiarios:

1. **EL AFILIADO**, mayor de edad.
2. El cónyuge o concubino(a), en el caso del concubino(a) debe ser reconocido mediante Resolución Judicial o Escritura Pública inscrita en los Registros Públicos.
3. Los hijos(as) menores de edad.
4. Los hijos(as) mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. En este caso, **EL AFILIADO** debe presentar el Dictamen Médico o la Resolución Directoral, emitido por **ESSALUD**, cuyo costo es de cargo de **EL AFILIADO**.
5. Los representantes de menores de edad que no están bajo la patria potestad de sus padres o de incapaces mayores de edad, sujetos a interdicción, deben presentar copia certificada de la resolución judicial de nombramiento de tutor o de declaración de interdicción y nombramiento de curador, según sea el caso, la cual deberá estar inscrita en Registros Públicos.

Para la inscripción de **EL AFILIADO** o sus Dependientes se debe presentar los requisitos exigidos por **ESSALUD** que los identifique y que acrediten el vínculo de parentesco, cuando corresponda.

4.2 Es condición para ser afiliado no estar comprendido en alguno de los siguientes supuestos:

1. Ser asegurado activo del Seguro Regular y/o del Seguro de Salud Agrario que administra **ESSALUD** y contar con derecho de cobertura de salud.
EL AFILIADO que durante el período del Derecho Especial de Cobertura por Desempleo (latencia) suscriba **EL CONTRATO**, se sujeta a la cobertura y condiciones de éste último.
2. Ser asegurado de otro Seguro Potestativo administrado por **ESSALUD**. **EL AFILIADO** o su representante legal declaran que con la suscripción de **EL CONTRATO**, el seguro potestativo anterior queda resuelto de forma automática.
3. Estar cumpliendo sanción administrativa de inhabilitación dispuesta por **ESSALUD** de acuerdo a la Ley N° 29135 y su Reglamento.
4. Encontrarse afiliado a cualquiera de los regímenes de financiamiento subsidiado o semicontributivo a cargo del SIS.

4.3 Pueden adquirir **EL CONTRATO** los asegurados regulares que se encuentren declarados con suspensión perfecta de labores, siempre que no cuenten con derecho de cobertura vigente.

4.4 **EL AFILIADO** o su representante legal podrán en cualquier momento, incorporar o excluir Dependientes.

4.5 **EL AFILIADO** se compromete a facilitar a **ESSALUD** la información necesaria para verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud (Anexo 1) y autoriza al establecimiento de salud, así como al

médico tratante que haya asistido a **EL AFILIADO** o a sus Dependientes, a la exhibición de la historia clínica y cualquier información que se encuentre en su poder, cuando lo requiera **ESSALUD**.

Durante la vigencia de **EL CONTRATO**, **ESSALUD** podrá disponer que **EL AFILIADO** y sus dependientes se sometan a exámenes médicos.

ESSALUD no podrá impedir o restringir el derecho de **EL AFILIADO** a continuar asegurado basada en los resultados de los exámenes realizados o la Declaración Personal de Salud.

4.6 **EL AFILIADO** se compromete a leer y conocer todos los documentos que conforman **EL CONTRATO** para el cumplimiento de sus términos y condiciones.

CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA DE EL CONTRATO

- 5.1 La vigencia de **EL CONTRATO** se inicia para **EL AFILIADO** y sus Dependientes inscritos, desde el primer día hábil siguiente del día del pago del primer aporte.
- 5.2 Si durante la vigencia de **EL CONTRATO**, **EL AFILIADO** incluye a otros Dependientes, el inicio de la vigencia del contrato para éstos últimos, será desde el primer día hábil siguiente de efectuado el pago del primer aporte correspondiente a cada uno de ellos.

CLÁUSULA SEXTA: COBERTURA

6.1 La cobertura de **EL CONTRATO** se inicia una vez cumplido el período de carencia. Sólo en caso de emergencia médica accidental, la atención se brindará a partir del inicio de la vigencia de **EL CONTRATO**. **ESSALUD** cubrirá la atención derivada de una emergencia médica accidental ocurrida durante las primeras 24 (veinticuatro) horas de ocurrida la emergencia.

Se brindará cobertura a **EL AFILIADO** y/o sus Dependientes, exclusivamente respecto a las prestaciones de salud previstas en **EL CONTRATO**, a excepción de las exclusiones, limitaciones y preexistencias señaladas.

Las prestaciones de salud comprenden:

1. **Prestaciones de recuperación de la salud.** Éstas incluyen:

- a) Atención médica, ambulatoria, hospitalaria y de emergencia.
- b) Medicamentos e insumos médicos contenidos en los petitorios institucionales.
- c) Servicios de rehabilitación.

2. **Prestaciones de prevención y promoción de la salud.**

3. **Prestaciones de maternidad**, que consisten en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al período de puerperio.

El período de puerperio será aplicable a la madre gestante y al cuidado del recién nacido por un periodo de hasta 30 días después del parto, siempre que **EL CONTRATO** se encuentre vigente.

Si el nacimiento se produce durante el último período de la cobertura de **EL CONTRATO**, las prestaciones de salud



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



al neonato se brindarán, como máximo hasta la fecha de cobertura que otorga el último aporte efectuado, salvo que **EL CONTRATO** sea renovado.

Otros servicios:

- Acceso al Programa de Asistencia Domiciliaria (PADOMI) para **EL AFILIADO** y dependientes, previa autorización médica de **ESSALUD**.
- Acceso al servicio de **ESSALUD** en Línea.
- Servicio de Transporte Asistido de Emergencia (STAE) para **EL AFILIADO** y sus dependientes.

6.2 El Dependiente inscrito que cumple la mayoría de edad durante la vigencia de **EL CONTRATO**, permanecerá bajo esta condición hasta la finalización de la cobertura originada por el pago del aporte mensual efectuado.

6.3 En caso de accidente de tránsito, las prestaciones de salud serán cubiertas en primera instancia y con preferencia del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y posteriormente, al haberse agotado su cobertura, se procederá con la cobertura del presente contrato. En esta situación **EL AFILIADO** deberá:

- a. Denunciar el hecho inmediatamente en la delegación de la Policía Nacional del Perú más cercana.
- b. Someterse al dosaje etílico o examen correspondiente, dentro del plazo que no exceda de cuatro (4) horas de ocurrido el accidente.

El incumplimiento de esta obligación conllevará a que **ESSALUD** reclame a **EL AFILIADO** los gastos efectuados por la asistencia médica recibida

CLÁUSULA SÉPTIMA: MODALIDAD DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

7.1 Las prestaciones se otorgarán en los establecimientos de salud que forman parte de la infraestructura propia de **ESSALUD** y/o en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – **IPRESS** contratadas y autorizadas por **ESSALUD**.

La asignación de **EL AFILIADO** y sus Dependientes a un establecimiento de salud, se efectuará de acuerdo a la dirección domiciliaria que figura en su Documento Nacional de Identidad (DNI) para el caso de nacionales. En el caso de extranjeros, se tomará en cuenta la dirección que declara en el formulario de registro correspondiente.

EL AFILIADO y sus Dependientes deberán acudir a dicho establecimiento en primera instancia cuando requieran atención de salud.

CLÁUSULA OCTAVA: PLAZO

8.1 **EL CONTRATO** se celebra por el plazo de un (01) año, contado a partir de la fecha del inicio de la vigencia de **EL CONTRATO**.

8.2 **EL AFILIADO** mantendrá sus derechos en tanto **EL CONTRATO** esté vigente por renovación o rehabilitación.

8.3 **EL CONTRATO** quedará automáticamente renovado por igual plazo de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésima.

CLÁUSULA NOVENA: PAGO DE APORTES

9.1 El pago de aportes oportuno, íntegro y en la forma establecida por **ESSALUD**, garantiza la cobertura de **EL CONTRATO** durante su vigencia a **EL AFILIADO** y sus Dependientes.

9.2 El pago del aporte es mensual, por adelantado y a cargo de **EL AFILIADO** o su representante legal. Podrán realizarse

pagos adelantados en forma trimestral, semestral o anual, de acuerdo con los medios de pago que establezca **ESSALUD**.

9.3 El primer aporte debe pagarse dentro de los diez (10) días calendarios posteriores a la fecha de suscripción de **EL CONTRATO**, con lo cual se activará su vigencia a partir del primer día hábil siguiente de efectuado el pago. Los aportes siguientes deben efectuarse de acuerdo al cronograma de pagos.

9.4 El valor del aporte se podrá actualizar de acuerdo al índice de inflación y la siniestralidad determinada por **ESSALUD**, con lo cual podría incrementarse, sujetándose **EL AFILIADO** al monto que se establezca para su continuación bajo los alcances de **EL CONTRATO**.

9.5 El monto del aporte se modifica en función al rango de edad o la incorporación o exclusión de Dependientes de acuerdo a lo establecido en el Anexo 2 de **EL CONTRATO**: Tabla de Aportaciones.

CLÁUSULA DÉCIMA: PERÍODO DE CARENCIA

10.1 El período de carencia para el inicio de la cobertura de **EL CONTRATO** tiene una duración de tres (03) meses, contados a partir del inicio de la vigencia de **EL CONTRATO**.

10.2 En el caso de incorporación de nuevos dependientes, para tener derecho de cobertura, cada uno de ellos deberá cumplir con el período de carencia de tres (03) meses, contados desde el inicio de la vigencia de **EL CONTRATO** para ellos, con excepción de los casos de continuidad de la cobertura previstos en la cláusula decimo primera.

10.3 No se aplicará el período de carencia al hijo recién nacido de madre cuyo parto haya ocurrido durante la vigencia de **EL CONTRATO**. En este caso, tendrá derecho de cobertura desde el primer día de nacido, siempre que se presente la solicitud de afiliación como dependiente dentro de los 30 días calendarios posteriores al nacimiento.

Los hijos adoptados podrán ser incorporados desde el primer día en que adquieran la condición jurídica como tales, siempre que se presente a **ESSALUD** la solicitud de afiliación a **EL CONTRATO** dentro de los treinta (30) días calendarios posteriores a ello.

10.4 El período de carencia podrá suspenderse por disposición de **ESSALUD** ante la Declaratoria de Estado de Emergencia ocurrido en todo el territorio nacional, o en parte de él.

10.5 No regirá el período de carencia cuando:

- Se haya renovado **EL CONTRATO**.
- Se haya rehabilitado la cobertura. En este caso **EL AFILIADO** debe contar con, al menos, tres (03) aportes consecutivos.
- **EL AFILIADO** y sus Dependientes cuenten con al menos, tres (03) meses de cobertura en el anterior seguro de salud administrado por EsSalud; según lo establecido en la Cláusula Décimo Primera.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: CONTINUIDAD DE LA COBERTURA

11.1 **EL AFILIADO** o sus Dependientes que se hayan trasladado de otro seguro administrado por **ESSALUD** tendrán continuidad en la cobertura de la siguiente manera:

- a) Período de carencia y períodos de espera: deberá suscribir **EL CONTRATO** o incorporar a sus Dependientes y realizar el pago del aporte respectivo, dentro del plazo de treinta (30) días calendarios posteriores a:
 - La fecha de cese del vínculo laboral o baja de inscripción como asegurado titular o derechohabiente, según corresponda al tipo de seguro del cual se traslade.



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



- Haber cumplido la mayoría de edad.
- b) Por diagnósticos y/o enfermedades preexistentes previstas en el Anexo 4 de **EL CONTRATO**, se deberá cumplir con lo siguiente:
 - Al momento del diagnóstico de la enfermedad, **EL AFILIADO** debió encontrarse bajo la cobertura de un seguro administrado por **ESSALUD** y que hayan transcurrido noventa (90) días desde su afiliación al anterior seguro de salud.
 - La afiliación a **EL CONTRATO** se efectúe dentro de los sesenta (60) días calendario de haber quedado extinta la cobertura anterior.
 - El diagnóstico o enfermedad preexistente se haya generado durante la vigencia del seguro de salud anterior y que se encuentre comprendida dentro de la cobertura de **EL CONTRATO**, sujetándose a las limitaciones y/o exclusiones de **EL CONTRATO**.
 - Si la preexistencia no fue declarada oportunamente con conocimiento de **EL AFILIADO** o fue objeto de una declaración falsa o reticente, no será cubierta por **EL CONTRATO**.
 - **ESSALUD** limitará la cobertura de los diagnósticos y/o enfermedades preexistentes a los límites que tenía esa condición en el plan de salud donde se evidenció.

11.2 Si **EL AFILIADO** o sus Dependientes se encuentran en período de latencia, la continuidad de cobertura se aplica siempre que la suscripción de **EL CONTRATO** y el pago del primer aporte se haya realizado antes de la culminación del período de latencia.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: PERÍODOS DE ESPERA

12.1 Para acceder a la cobertura de enfermedades sujetas a períodos de espera, **EL AFILIADO** y/o sus Dependientes inscritos deberán cumplir con los plazos previstos en la presente cláusula.

Los períodos de espera se contarán desde la vigencia de **EL CONTRATO**.

12.2 Los períodos de espera se aplican para las condiciones de salud establecidas en el Anexo 3: Períodos de Espera.

12.3 En el caso de asegurados que se trasladen del Seguro Regular y Seguro de Salud Agrario, se aplica las condiciones de continuidad de cobertura previstas en la cláusula décimo primera. En este caso, serán considerados los meses consecutivos con derecho de cobertura anteriores a la vigencia de **EL CONTRATO**. Si no resultasen suficientes, se acumularán con los períodos de cobertura de **EL CONTRATO**.

12.4 Si **EL AFILIADO** incorpora a sus hijos recién nacidos como dependientes dentro de los primeros treinta (30) días de su nacimiento y **EL AFILIADO** cuente con los meses de cobertura suficientes, no serán de aplicación los períodos de espera.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: PREEXISTENCIA

13.1 No se cubren las preexistencias detalladas en el Anexo 4.

13.2 La declaración de enfermedad preexistente en la Declaración Personal de Salud, es obligatoria por parte de **EL AFILIADO** al momento de la suscripción de **EL CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA DE SALUD

14.1 **EL CONTRATO** no cubre ninguna de las prestaciones de salud o tratamientos señalados en el Anexo 5: Exclusiones y Limitaciones de la Cobertura de Salud.

14.2 Las exclusiones y limitaciones no serán inferiores a las

previstas en la cobertura de salud de los afiliados al seguro regular.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA

15.1 La falta de pago del aporte, hasta la fecha de vencimiento establecida en el cronograma de pagos, origina la suspensión automática de la cobertura otorgada en **EL CONTRATO**, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento del pago.

15.2 **ESSALUD** comunicará a **EL AFILIADO**, mediante comunicación escrita y/o en la dirección electrónica indicada, respecto al incumplimiento del pago del aporte y sus consecuencias, indicándosele acerca del plazo que dispone para efectuar el pago del aporte.

15.3 En ningún caso **ESSALUD** brindará cobertura por contingencias ocurridas, iniciadas, derivadas o a consecuencia de diagnósticos, realizados durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida, aún cuando la contingencia se prolongue al período en el que se rehabilite la cobertura.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA

16.1 Una vez producida la suspensión de la cobertura para **EL AFILIADO** y/o sus dependientes y de no haber incurrido en la causal de resolución prevista en la cláusula décimo novena, procederá la rehabilitación de **EL CONTRATO**, previo pago de los aportes pendientes e intereses moratorios, en cuyo caso, la cobertura quedará rehabilitada, sin efecto retroactivo, a partir del primer día hábil siguiente a la fecha de realizado el pago de los aportes adeudados.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

17.1 La cobertura terminará para **EL AFILIADO** y/o sus dependientes, cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Para el dependiente menor de edad, al cumplir la mayoría de edad.
- b) Con la resolución de **EL CONTRATO**.
- c) Al fallecimiento de **EL AFILIADO** o dependiente.
- d) Al finalizar la vigencia de **EL CONTRATO**, siempre que no sea renovado.
- e) Por renuncia escrita de **EL AFILIADO** o del cónyuge y/o concubino(a) a continuar bajo los alcances de **EL CONTRATO**.

17.2 La terminación de la cobertura para **EL AFILIADO**, origina la culminación automática y simultánea de la cobertura para sus Dependientes.

En el caso del fallecimiento o renuncia de **EL AFILIADO**, la terminación de la cobertura para sus Dependientes, ocurrirá al finalizar el período mensual a que da derecho el pago del último aporte realizado.

17.3 En caso se produzca la terminación de la cobertura de **EL CONTRATO**, **ESSALUD** tiene derecho a percibir el pago del aporte del mes respectivo.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE EL CONTRATO

18.1 **ESSALUD** podrá establecer modificaciones de las condiciones, cobertura y actualización en los aportes de **EL CONTRATO** durante su vigencia, para lo cual comunicará por escrito a **EL AFILIADO** la modificación que corresponda:

- a) Si **EL AFILIADO** está de acuerdo con la modificación deberá comunicar su decisión por escrito a **ESSALUD**



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



dentro del plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada deberá constar en una Adenda a **EL CONTRATO**.

- b) Si **EL AFILIADO** no está de acuerdo con la modificación propuesta por **ESSALUD** o no responde a la comunicación cursada dentro del plazo previsto en el literal a) de la presente cláusula, **EL CONTRATO** se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, fecha en la cual **EL CONTRATO** culminará indefectiblemente.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: RESOLUCIÓN DE EL CONTRATO

19.1 **EL CONTRATO** se resolverá en las siguientes situaciones:

1. De forma automática o de pleno derecho, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1430° del Código Civil, cuando:
 - a) **EL AFILIADO** incumple con el pago de dos (02) aportes mensuales consecutivos.
 - b) En caso **EL AFILIADO** y/o sus Dependientes adquieran con posterioridad a la suscripción de **EL CONTRATO**, la condición de afiliados del Seguro Regular o del Seguro de Salud Agrario.

En ambos casos se entenderá que **ESSALUD** ha resuelto **EL CONTRATO**, cuando **EL AFILIADO** se vea imposibilitado de pagar los aportes ante el ente recaudador de **EL CONTRATO**, debido al bloqueo en el sistema de recaudación

2. Sin expresión de causa:

A solicitud de **EL AFILIADO** o representante legal, lo que se deberá comunicar por escrito a **ESSALUD**.

En este caso no se afectará la atención hospitalaria en curso, hasta el término de la cobertura a que da derecho el último aporte mensual realizado.

19.2 Si **EL CONTRATO** es resuelto por cambio de condición de afiliados (regular o agrario) o a solicitud de **EL AFILIADO** y este optó por el pago de aportes trimestral, semestral o anual, **ESSALUD** devolverá los aportes correspondientes a los meses siguientes al mes de la resolución de la siguiente manera:

- El primer mes subsiguiente se devuelve el 80% del monto pagado.
- Los meses restantes se devuelve el 100% del monto pagado.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: RENOVACIÓN

20.1 **EL CONTRATO** podrá ser renovado anualmente de manera sucesiva y automática. Para tal efecto, **EL AFILIADO** deberá efectuar el pago del primer aporte correspondiente al contrato que se renueva, antes del vencimiento de la cobertura de **EL CONTRATO** anterior.

20.2 Si **EL AFILIADO** no realiza el pago del primer aporte correspondiente al contrato que se renueva, se entenderá que no desea renovar **EL CONTRATO**.

20.3 Por la renovación automática los términos y condiciones de **EL CONTRATO** serán los que estuvieron vigentes en el período anterior, salvo que **ESSALUD** considere incorporar modificaciones según lo previsto en la Cláusula Décimo Octava.

20.4 No procede la renovación cuando **EL AFILIADO** ha manifestado su desacuerdo o no ha dado respuesta sobre las modificaciones indicadas en la cláusula Décimo Octava.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: LESIONES PROVOCADAS

POR TERCEROS

21.1 En caso de daños o lesiones ocasionados por terceros que puedan dar lugar a una acción penal o civil, **EL AFILIADO** se obliga a denunciar el hecho inmediatamente a la autoridad policial de la jurisdicción, comunicar por escrito a **ESSALUD** los hechos de su ejecución y facilitar los documentos e información necesarios para que **ESSALUD** ejerza las acciones legales frente al tercero que ocasionó la lesión o daño a **EL AFILIADO** o a sus Dependientes.

El incumplimiento de esta obligación conllevará a que **ESSALUD** reclame a **EL AFILIADO** los gastos efectuados por la asistencia médica recibida.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: NULIDAD DE EL CONTRATO - FALSEDAD DE INFORMACIÓN

22.1 **EL CONTRATO** será nulo:

- Cuando se compruebe que **EL AFILIADO** ha incurrido en declaración falsa o inexacta respecto al estado de su salud o al de sus Dependientes en el llenado de la Declaración Personal de Salud.
- Por afiliación apoyada en documentos o declaraciones falsas.

22.2 La nulidad deja sin efecto **EL CONTRATO** desde el momento de su celebración. En este caso, **EL AFILIADO** no tendrá derecho a las prestaciones correspondientes a la cobertura de **EL CONTRATO**. Si **EL AFILIADO** o sus Dependientes hubiesen recibido alguna prestación, **EL AFILIADO** quedará automáticamente obligado a devolver a **ESSALUD** los gastos correspondientes.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: REEMBOLSO A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD - IPRESS POR ATENCION EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA PRIORIDAD I ò II

23.1 Se considerará como única causa para la solicitud de reembolso de los gastos ocasionados por atención médica por una IPRESS extrainstitucional, la derivada de una situación de emergencia por daños clasificados como prioridad I ò II, según lo establecido en la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2011, "Normativa para la Organización y Funcionamiento del Sistema de Emergencias y Urgencias del Seguro Social de Salud - **ESSALUD**".

En este supuesto, se comprobarán las circunstancias en las que se produjo la emergencia y la imposibilidad real de acudir a un establecimiento de **ESSALUD**.

23.2 La IPRESS extrainstitucional que brindó la prestación de servicios de salud en los casos de emergencia descritos en el numeral anterior, podrá solicitar el reembolso a **ESSALUD**, siempre que las prestaciones brindadas se encuentren bajo la cobertura de **EL CONTRATO** y de acuerdo al Tarifario de **ESSALUD**.

23.3 **EL AFILIADO** y/o sus Dependientes deberán comunicar y presentar a la IPRESS extrainstitucional que brindó la prestación de servicios de salud de emergencia, la documentación que sustente su condición de afiliados al + Salud Seguro Potestativo.

23.4 Bajo ningún concepto procede el reembolso a **EL AFILIADO**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: DOMICILIO, JURISDICCIÓN Y LEY APLICABLE

24.1 Las partes señalan como domicilio el que consigne el afiliado al momento de su inscripción o en las posteriores modificaciones o el declarado vía web o vía telefónica a través de los Sistemas de Comercialización a Distancia



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



dispuestos por **ESSALUD**, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones o notificaciones vinculadas a **EL CONTRATO**.

- 24.2 **EL AFILIADO** es responsable de comunicar oportunamente a **ESSALUD** la variación del domicilio, teléfono o correo electrónico mediante los Formularios que **ESSALUD** establezca. En caso contrario, se tendrá como válido los últimos datos señalados por **EL AFILIADO**.
- 24.3 Toda desavenencia o controversia que pudiera derivarse de **EL CONTRATO** o como consecuencia del mismo, serán resueltas a través de una conciliación o de un arbitraje en salud, de conformidad con los respectivos Reglamentos del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud – **SUSALUD**, a cuyas normas se sujetan las partes.
- 24.4 De no mediar acuerdo definitivo, ambas partes resolverán la controversia a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con el respectivo Reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de **SUSALUD**.
- 24.5 **EL CONTRATO** se rige por las leyes aplicables en la República del Perú.

CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA: CESIÓN

- 25.1 **ESSALUD** puede ceder libremente sus derechos y obligaciones y su posición contractual bajo **EL CONTRATO** en todo o en parte a un tercero en cualquier momento. Por el presente documento, **EL AFILIADO** autoriza expresamente las citadas cesiones.
- 25.2 Producida la cesión, el cesionario adquirirá todos los derechos, obligaciones y privilegios otorgados en **EL CONTRATO** a la parte cedente, sujeto al cumplimiento de los requisitos y formalidades previstos por la legislación.
- 25.3 **EL AFILIADO** no podrá ceder todo o parte de sus derechos u obligaciones de **EL CONTRATO** a terceros.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA: ATENCIÓN DE RECLAMOS Y CONSULTAS RESPECTO DE EL CONTRATO.

- 26.1 Con la finalidad de expresar algún incumplimiento o deficiencia, **EL AFILIADO** podrá presentar un reclamo, por escrito, mediante carta dirigida a **ESSALUD**, la cual podrá presentarse en cualquiera de nuestras Oficinas de Seguros cuyas direcciones se encuentran publicadas en el portal www.essalud.gob.pe.
- 26.2 Las consultas serán atendidas por vía telefónica a través de **ESSALUD** en línea (411-8000 opción 3) o a través del correo electrónico, cuando se formulan por medio de la página web de **ESSALUD** opción "ESSALUD RESPONDE".

CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA: INSTRUMENTOS

Forman parte de **EL CONTRATO**:

- Anexo 1: Declaración Personal de Salud
- Anexo 2: Tabla de Aportaciones
- Anexo 3: Períodos de Espera
- Anexo 4: Preexistencias
- Anexo 5: Exclusiones y Limitaciones de la cobertura de salud.

Firma de **EL AFILIADO** o
Representante Legal

Apellidos y Nombres de **EL AFILIADO** / Doc. de Identidad:

.....

Apellidos y nombres del **REPRESENTANTE LEGAL**:

.....

Fecha: / /

Carlos R. Valdez Benavides
Gerente de Acceso y
Acreditación del Asegurado

Mariella Merino Calero
Subgerente de Afiliación y
Promoción de Seguros



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



ANEXO 1 DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

OBSERVACIONES IMPORTANTES: Realice sus declaraciones con precisión y franqueza, empleando letra clara y legible. Si padece de alguna enfermedad grave, indíquela sin temor. Es preferible evitar controversias por falta de declaración y/o declaración fraudulenta. La declaración auténtica no será discutida por **ESSALUD**. Si necesita más espacio que el que consigna este formulario para detallar una respuesta, puede adjuntar una hoja aportando mayores antecedentes.

Si comete algún error, solicite un nuevo formulario. No se aceptan borrones ni correcciones. Usar un mismo color de lapicero.

NOMBRE DEL ASEGURADO

DNI:

	SI	NO	DETALLE
1.- ¿Ha tenido anteriormente algún tipo de seguro en EsSalud? Indique y detalle que seguro tuvo.			
2.- ¿Tiene algún tipo de seguro de salud o de vida privado?			

A) ANTECEDENTES FAMILIARES

HISTORIA FAMILIAR	EDAD ACTUAL	PADECE O PADECIÓ ALGUNA ENFERMEDAD ¿CUAL?	SI FALLECIÓ SU FAMILIAR, CUAL FUE EL DIAGNÓSTICO DE FALLECIMIENTO
PADRE		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: Transtornos mentales: Cáncer:	
MADRE		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: Transtornos mentales: Cáncer:	
HERMANOS		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: Transtornos mentales: Cáncer:	

B) ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	DETALLE
3.- ¿Realiza vuelos como piloto, estudiante de piloto, o es miembro de tripulación de nave aérea o marítima, vuela como pasajero en medios de transporte aéreo de vuelos no regulares?			
4.- ¿Es bombero, ingeniero de minas, radiólogo o a fin, ingeniero químico (planta), minero, periodista corresponsal de guerra, miembro de las Fuerzas Armadas o realiza cualquier otra actividad de riesgo?			
5.- ¿Practica paracaidismo, andinismo, automovilismo, buceo, motociclismo o afines, benji (caída libre con cuerda) pesca submarina, ala delta, planeador, rodeo, surf o cualquier otro deporte o actividad de riesgo?			
6.- ¿Tiene alguna discapacidad, defecto físico o amputación?			
7.- ¿Se ha medido la Presión Arterial en los últimos 3 años? ¿Cuál fue el resultado?			Marca con X: Baja: Normal: Alta: Ignora:
8.- ¿Has tenido variación de más de 5 kg. en este último año? Indique la causa probable			
9.- ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en exceso o se ha sido sometido a tratamiento o rehabilitación por alcoholismo?			
10.- ¿Fuma?			Indicar consumo diarios:
11.- ¿Ha hecho uso de morfina, cocaína, L.S.D. marihuana u otros narcóticos? ¿Por qué causas, en qué cantidades y por cuánto tiempo?			
12.- ¿Usa o ha hecho uso habitual de sedantes, tranquilizantes o somníferos? ¿Quién se los ha indicado, por que causa, en qué cantidad?			
13.- ¿Ha tenido descansos médicos en los últimos 6 meses? ¿Por qué motivo o diagnóstico fueron?			

C) ULTIMO CHEQUEO O CONTROL MÉDICO	DETALLE
14.- Fecha y motivo en que se realizó su último chequeo o control.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Motivo:.....
15.- Si fue por enfermedad, informe el diagnóstico médico.

D) ¿PADECE O HAS PADECIDO ALGUNAS DE LAS AFECCIONES O TRANSTORNOS SIGUIENTES?	SI	NO	DETALLE
16.- ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS			Vértigos: Desmayo: Parálisis: Convulsiones: Epilepsia: Pérdida del conocimiento: Dolores de cabeza severos: Meningitis: Transtornos Mentales: Otros:
17.- ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS			Ansiedad: Depresión: Fobias: Psicosis: Otros:
18.- ENFERMEDAD CONGÉNITA/ HEREDITARIA/ DEFORMIDAD CONGÉNITA			Cuál:

19.- ENFERMEDAD DE LOS PULMONES			Asma: Silicosis: Neumonía: Neumotórax: Bronquitis: Tuberculosis: Otros:
20.- ENFERMEDADES VASCULARES O DEL CORAZÓN			Arritmia: Soplo: Valvulopatía: Coronariopatía (Infarto): Fiebre reumática: Molestias o dolores en el pecho: Hinchazón de piernas: Várices o úlceras varicosas: Otros:
21.- ENFERMEDADES DIGESTIVAS			Gastritis: Úlcera: Diarreas: Estreñimiento: Heces con sangre: Otros:
22.- ENFERMEDADES RENALES, UROLÓGICAS			Infecciones urinarias: Problemas de Próstata: Cólico Renal: Orina con sangre: Insuficiencia Renal: Otros:
23.- ENFERMEDADES DE LOS HUESOS O ARTICULACIONES			Artritis: Lupus: Artrosis: Enfermedades reumáticas: Fracturas óseas: Síndrome túnel carpiano: Lumbalgia: Luxación: Tendinitis: Amputación: Otros:
24.- ENFERMEDADES DE LA SANGRE			Anemia: Hemofilia: Alteraciones de la Coagulación: Manchas rojas en la piel: Leucemia: Hemorragias persistentes: Otros:
25.- ENFERMEDADES DE LA PIEL			Cuáles:
26.- ENFERMEDADES DE LA TIROIDES			Hipotiroidismo: Hipertiroidismo: Otros:
27.- ENFERMEDADES DE LOS OJOS: ¿Usa usted lentes?			Miopía: Hipermetropía: Astigmatismo: Cataratas: Presbicia: Cirugía por:
28.- ENFERMEDADES DE LOS OÍDOS: ¿Oye usted bien?			¿Usa audífono? SI:NO:
29.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS IMPORTANTES			Meningitis: Hepatitis A: Hepatitis B: Hepatitis C: Paludismo: Tuberculosis: VIH - SIDA: Enfermedades relacionadas al SIDA: Otros:
30.- DIABETES / HIPERTENSIÓN ARTERIAL			Controla con dieta: Antidiabéticos orales: Insulina: Antihipertensivos: Otros:
31.- ALTERACIONES METABÓLICAS			Colesterol alto: Triglicéridos alto: Ácido úrico alto:
32.- OTRAS: TUMORES, CÁNCER			Cáncer de mama: Cáncer de cuello uterino: Cáncer gástrico: Cáncer pulmonar: Otros:
33.- ¿Ha estado alguna vez hospitalizado para observación, diagnóstico, operación o tratamiento?			Motivo: Fecha: / /
34.- ¿Está recibiendo tratamiento médico para alguna enfermedad o está tomando medicina de cualquier clase por más de 1 mes?			Medicamento y Motivo:
35.- ¿Está recibiendo tratamiento para Cáncer como radioterapias o quimioterapias?			
36.- ¿Le realizan diálisis peritoneal o hemodiálisis? Detalla cuántas veces a la semana recibes el mencionado tratamiento.			
37.- ¿Tiene que ser hospitalizado próximamente?			Motivo: Fecha: / /
38.- ¿Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión que no se haya mencionado directamente en este cuestionario?			Cuál:
E) CONTESTE SÓLO SI ES MUJER	SI	NO	DETALLE
39.- ¿Ha sufrido o tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad o tumor en el pecho, útero, ovarios, menstruación irregular, abortos, cesáreas o complicaciones en algún embarazo?			
40.- ¿Fecha de última regla?			Cuándo: / /
41.- ¿Cuántos partos ha tenido y cuándo fue el último?			Número de partos: Fecha del último parto: / /
42.- ¿Se ha practicado exámenes de papanicolaou (PAP) en los últimos 3 años?			Cuándo:

Si ha declarado diagnósticos preexistentes previstos en el Anexo 4 de **EL CONTRATO**, indique si tuvo cobertura a través de un plan de salud Si ☐ No ☐
Indique la IAFAS donde se evidenció el diagnóstico:

Confirmando la exactitud y la veracidad de la presente declaración, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado(a) que la presente declaración constituye el elemento indispensable para la apreciación del riesgo por parte de **ESSALUD** y que una declaración falsa o una reticencia de mi parte, implica la nulidad del Contrato. Además, autorizo al establecimiento de salud o médico tratante que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias, a revelar a **ESSALUD** los antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al brindarme sus servicios. Asimismo declaro tener conocimiento que **ESSALUD** podrá disponer la práctica de exámenes médicos.

LUGAR: FECHA:

Firma de El Afiliado / Dependiente / Padre / Madre / Representante Legal
Doc de Identidad:



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



ANEXO 2: TABLA DE APORTACIONES AFILIACIÓN INDIVIDUAL

Rango de Edad	Prima S./
0-17	137
18-29	132
30-59	138
60+	215

Los aportes incluyen el Impuesto General a las Ventas -IGV y el pago de comisiones por recaudación al sistema bancario.

ANEXO 3: PERIODOS DE ESPERA

Nº	Condición	Periodo de Espera (meses continuos)
1	Atenciones por maternidad.	10
2	Tratamiento de Cáncer.	12
3	Enfermedades congénitas (recién nacido o no diagnosticadas).	24
4	Tratamiento del VIH, SIDA y enfermedades relacionadas al VIH.	24
5	Prótesis Internas o Endoprótesis tales como: marcapaso cardíaco, stent (endoprótesis vascular), prótesis osteoarticulares, cajetillas o cages para columna vertebral.	24

ANEXO 4: PREEXISTENCIA

No se cubre la siguiente condición pre-existente:

- Tratamiento de todo tipo de cáncer no comprendido en la Lista de Condiciones Asegurables del PEAS.

El "cáncer no comprendido en el PEAS" se refiere a todos los diagnósticos de cáncer excepto los siguientes:

Tumores del aparato genital femenino:

- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de mama

Otros tumores

- Neoplasia de colon: solo Diagnóstico
- Neoplasia de estómago: solo Diagnóstico
- Neoplasia de próstata: solo Diagnóstico

ANEXO 5: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA DE SALUD

EXCLUSIONES:

- Las exclusiones previstas en el Anexo 3 del Reglamento de la Ley N° 26790
 - Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria:
 - Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras, tales como: Cirugía Plástica, Odontología de Estética),
 - Tratamiento de periodoncia y ortodoncia,
 - Curas de reposo y del sueño,
 - Lentes de contacto.
 - Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinflingidas.
- Otras exclusiones:
 - Trasplantes de órganos y tejidos.
 - Insuficiencia Renal Crónica Terminal y Tratamiento de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.
 - Todo tipo de atención de salud fuera del territorio nacional.
 - Enfermedades raras o huérfanas descritas en la Resolución Ministerial N° 151-2014/MINSA y sus posteriores modificatorias.

- Órtesis y otros (sillas de rueda, anteojos, corsés, plantillas y zapatos ortopédicos).
- Prótesis externas o exoprótesis.
- Dispositivos o implantes médicos de naturaleza mecánica o electrónica, tales como: implante coclear, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, dispositivos intervertebrales, o interespinosos, excepto marcapaso cardíaco, stent, prótesis osteoarticulares, cajetillas o cages para columna vertebral, los cuales si se cubrirán sujetos a periodos de espera.
- Intoxicación o encontrarse el asegurado en estado de ebriedad o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica, registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo. Asimismo los accidentes de tránsito causados por el asegurado bajo los efectos del alcohol o estupefacientes y sus secuelas.
- Para los efectos de la exclusión se entiende que el asegurado se encuentra:
 - En estado de ebriedad, cuando el examen de alcoholemia arroje un resultado igual o mayor a 0.5 gramo/l de alcohol en la sangre o al permitido por el Reglamento Nacional de Tránsito vigente al momento del accidente.
 - Bajo los efectos de estupefacientes o narcóticos, cuando el examen toxicológico arroje cualquier grado positivo de estas sustancias.
 - En estado de ebriedad o bajo influencia de estupefacientes o narcóticos, cuando se niega a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico.
- Diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo.
- Cuidado por enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería adicionales a las ofrecidas en el establecimiento de salud durante la estancia hospitalaria, o en el domicilio.
- Comida y cama para acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, etc.
- Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación.
- Tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- Estancias hospitalarias posteriores al alta del paciente.
- Gastos de transporte para el paciente y acompañante. Excepto los traslados al paciente en los servicios de transporte asistido que brinda la institución.
- La internación en entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio o guardería.
- Enfermedades profesionales, accidentes de trabajo y sus secuelas.
- Lesiones o secuelas derivadas de accidentes ocasionados por la práctica de deportes de alto riesgo.
- Lesiones o secuelas derivadas de: la participación activa en guerra internacional, civil, insurrección o rebelión, participación activa en alteraciones del orden público y/o conmoción civil, el servicio militar de cualquier clase, contaminación nuclear participación en actos delictivos o criminales, peleas, riñas (salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa).
- Medicamentos, insumos u otros dispositivos no contenidos en los correspondientes petitorios institucionales, salvo los que **ESSALUD** determine de acuerdo a la evaluación económica y sanitaria.

Limitaciones:

Se racionalizará el otorgamiento de procedimientos, terapias o intervenciones **más complejas de alto costo y con baja posibilidad de recuperación, normadas por ESSALUD.**



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



CLÁUSULA PRIMERA: GENERALIDADES

- 1.1 El Seguro Social de Salud, en adelante **ESSALUD**, otorga al afiliado titular, en adelante **EL AFILIADO** y a sus Dependientes debidamente inscritos, la cobertura de salud en las condiciones que se establecen en el Contrato del seguro potestativo denominado + Salud Seguro Potestativo, en adelante **EL CONTRATO**.
- 1.2 **EL CONTRATO** se encuentra regulado por la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, por el Decreto Supremo N° 016-2009-SA que aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), y sus normas modificatorias y/o complementarias, el Decreto Legislativo N° 1158 que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA, Ley N° 27056, Ley de Creación de ESSALUD y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, sus normas reglamentarias y modificatorias y el Código Civil en lo que corresponda.
- 1.3 **EL CONTRATO** es otorgado por **ESSALUD** sobre la base de las declaraciones efectuadas por **EL AFILIADO** en los correspondientes Formularios de Registro, establecidos por ESSALUD y en la Declaración Personal de Salud (Anexo 1 de **EL CONTRATO**), los cuales tienen carácter de Declaración Jurada. Para los efectos de comprobar la veracidad de la Declaración Personal de Salud, **EL AFILIADO** facilitará a **ESSALUD** el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria.
- 1.4 La cobertura de **EL CONTRATO** está comprendida en el régimen de financiamiento contributivo al que se refiere la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. La afiliación es exclusiva a dicho régimen y excluyente de los regímenes semicontributivo y subsidiado a cargo del Seguro Integral de Salud – SIS.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES

Para la aplicación de **EL CONTRATO**, incluyendo sus anexos, se entiende por:

- 2.1 **AFILIADO**, persona natural registrada ante **ESSALUD** que en virtud al contrato del seguro + Salud Seguro Potestativo tiene la condición de titular del derecho a la cobertura de salud establecida en **EL CONTRATO**.
- 2.2 **APORTE**, es la retribución que debe pagar **EL AFILIADO**, en contraprestación a la cobertura que brinda **EL CONTRATO**.
- 2.3 **COBERTURA DE SALUD** son las condiciones de salud asegurables a las cuales **EL AFILIADO** y sus dependientes afiliados tendrán acceso en los Establecimientos de Salud que **ESSALUD** designe, de acuerdo a las características detalladas en **EL CONTRATO**.
- 2.4 **CONTINUIDAD DE COBERTURA**, beneficio que permite a **EL AFILIADO** y/o dependientes inscritos de los diferentes seguros que administra **ESSALUD**, acceder a la cobertura de salud de **EL CONTRATO**, sin aplicación de preexistencias o período de carencia/espera, siempre que cumpla con las condiciones correspondientes.
- 2.5 **CRONOGRAMA DE PAGOS**, documento emitido y entregado por **ESSALUD** a la suscripción de **EL CONTRATO** en el cual se indica las fechas de pago de los aportes respectivos.
- 2.6 **DERECHO DE COBERTURA**, es el derecho de los asegurados de **ESSALUD** a acceder a las prestaciones de salud de acuerdo al Plan de Salud que les corresponda, siempre que cumplan con las condiciones establecidas en el seguro al que se encuentran afiliados.
- 2.7 **DEPENDIENTES**, son las siguientes personas inscritas por **EL AFILIADO**: (i) cónyuge o concubino(a) a que se refiere el artículo 326° del Código Civil; (ii) hijos(as) menores de edad; y (iii) hijos(as) mayores de edad que se encuentren incapacitados en forma total y permanente para el trabajo.
- 2.8 **EMERGENCIA MÉDICA**, toda alteración o compromiso del estado de salud de una persona, que se presenta súbitamente y que pone en peligro inmediato la vida o el funcionamiento de órganos y sistemas vitales. Los casos de emergencia son identificados y calificados como tales exclusivamente por el profesional médico.
- 2.9 **EMERGENCIA MÉDICA ACCIDENTAL**, es toda lesión originada por la acción imprevista, fuerza externa, repentina y violenta contra la voluntad de la persona, y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.
- 2.10 **EXCLUSIONES**, conjunto de condiciones de salud no comprendidas en la cobertura de **EL CONTRATO**.
- 2.11 **INHABILITACIÓN** sanción administrativa dentro del Seguro Regular o Seguro de Salud Agrario, que consiste en el impedimento temporal para ejercer el derecho a las prestaciones que otorga **ESSALUD** por un año de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 29135 y su Reglamento.
- 2.12 **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD – IPRESS**, Centros Asistenciales de Salud de **ESSALUD** y Centros de Atención de Salud contratados por **ESSALUD**, para prestar servicios de salud a **EL AFILIADO** y sus dependientes que tengan derecho de cobertura.
- 2.13 **LIMITACIONES**, Aquellas prestaciones de salud de **EL CONTRATO**, cuyo otorgamiento se encuentra condicionado a la aprobación por parte de **ESSALUD**.
- 2.14 **DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO (LATENCIA)** el derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante los períodos establecidos en la Ley N° 26790 para los afiliados regulares y sus derechohabientes, en caso de desempleo y de suspensión perfecta de labores que genere la pérdida del derecho de cobertura.
- 2.15 **PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD – PEAS** lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.
- 2.16 **PERÍODO DE CARENCIA**, período de tres meses durante el cual **EL AFILIADO** y sus dependientes inscritos no podrán acceder a las prestaciones de salud contenidas en **EL CONTRATO**, a excepción de las atenciones de emergencia médica accidental. El período de carencia se aplica en forma individual por cada **AFILIADO** o dependiente inscrito.
- 2.17 **PERÍODO DE ESPERA**, período durante el cual ciertas enfermedades y procedimientos no están cubiertos por **EL CONTRATO**. Las enfermedades o condiciones médicas que sean diagnosticadas en este tiempo, si serán cubiertas en cuanto se cumpla con este período.
- 2.18 **PREEXISTENCIA**, son aquellas condiciones de salud o enfermedades que se han iniciado o diagnosticado antes de la vigencia de **EL CONTRATO**.
- 2.19 **REEMBOLSO EN CASO EMERGENCIA MÉDICA**, es el reembolso de gastos por prestaciones asistenciales solicitada por una Institución Prestadora de Servicios de Salud -IPRESS extrainstitucional, por las atenciones de emergencia otorgadas a **EL AFILIADO** o sus dependientes inscritos, en casos de emergencia médica quirúrgica, psiquiátrica y situación de emergencia obstétrica,



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



debidamente sustentada y aprobada por **ESSALUD**.

CLÁUSULA TERCERA: MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DE EL CONTRATO

EL CONTRATO podrá suscribirse de manera presencial en las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas de **ESSALUD** a nivel nacional o a través del proceso de afiliación electrónica. Esta última modalidad queda supeditada a la implementación por parte de **ESSALUD** de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad de **EL CONTRATO**, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure igual o mayor seguridad.

CLÁUSULA CUARTA: AFILIADO Y DEPENDIENTES

4.1 **EL CONTRATO** cubre a los siguientes beneficiarios:

1. **EL AFILIADO**, mayor de edad.
2. El cónyuge o concubino(a), en el caso del concubino(a) debe ser reconocido mediante Resolución Judicial o Escritura Pública inscrita en los Registros Públicos.
3. Los hijos(as) menores de edad.
4. Los hijos(as) mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. En este caso, **EL AFILIADO** debe presentar el Dictamen Médico o la Resolución Directoral, emitido por **ESSALUD**, cuyo costo es de cargo de **EL AFILIADO**.
5. Los representantes de menores de edad que no están bajo la patria potestad de sus padres o de incapaces mayores de edad, sujetos a interdicción, deben presentar copia certificada de la resolución judicial de nombramiento de tutor o de declaración de interdicción y nombramiento de curador, según sea el caso, la cual deberá estar inscrita en Registros Públicos.

Para la inscripción de **EL AFILIADO** o sus Dependientes se debe presentar los requisitos exigidos por **ESSALUD** que los identifique y que acrediten el vínculo de parentesco, cuando corresponda.

4.2 Es condición para ser afiliado no estar comprendido en alguno de los siguientes supuestos:

1. Ser asegurado activo del Seguro Regular y/o del Seguro de Salud Agrario que administra **ESSALUD** y contar con derecho de cobertura de salud.

EL AFILIADO que durante el período del Derecho Especial de Cobertura por Desempleo (latencia) suscriba **EL CONTRATO**, se sujeta a la cobertura y condiciones de éste último.

2. Ser asegurado de otro Seguro Potestativo administrado por **ESSALUD**. **EL AFILIADO** o su representante legal declaran que con la suscripción de **EL CONTRATO**, el seguro potestativo anterior queda resuelto de forma automática.
3. Estar cumpliendo sanción administrativa de inhabilitación dispuesta por **ESSALUD** de acuerdo a la Ley N° 29135 y su Reglamento.
4. Encontrarse afiliado a cualquiera de los regímenes de financiamiento subsidiado o semicontributivo a cargo del SIS.

4.3 Pueden adquirir **EL CONTRATO** los asegurados regulares que se encuentren declarados con suspensión perfecta de labores, siempre que no cuenten con derecho de cobertura vigente.

4.4 **EL AFILIADO** o su representante legal podrán en cualquier momento, incorporar o excluir Dependientes.

4.5 **EL AFILIADO** se compromete a facilitar a **ESSALUD** la información necesaria para verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud (Anexo 1) y autoriza al establecimiento de salud, así como al

médico tratante que haya asistido a **EL AFILIADO** o a sus Dependientes, a la exhibición de la historia clínica y cualquier información que se encuentre en su poder, cuando lo requiera **ESSALUD**.

Durante la vigencia de **EL CONTRATO**, **ESSALUD** podrá disponer que **EL AFILIADO** y sus dependientes se sometan a exámenes médicos.

ESSALUD no podrá impedir o restringir el derecho de **EL AFILIADO** a continuar asegurado basada en los resultados de los exámenes realizados o la Declaración Personal de Salud.

4.6 **EL AFILIADO** se compromete a leer y conocer todos los documentos que conforman **EL CONTRATO** para el cumplimiento de sus términos y condiciones.

CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA DE EL CONTRATO

5.1 La vigencia de **EL CONTRATO** se inicia para **EL AFILIADO** y sus Dependientes inscritos, desde el primer día hábil siguiente del día del pago del primer aporte.

5.2 Si durante la vigencia de **EL CONTRATO**, **EL AFILIADO** incluye a otros Dependientes, el inicio de la vigencia del contrato para éstos últimos, será desde el primer día hábil siguiente de efectuado el pago del primer aporte correspondiente a cada uno de ellos.

CLÁUSULA SEXTA: COBERTURA

6.1 La cobertura de **EL CONTRATO** se inicia una vez cumplido el período de carencia. Sólo en caso de emergencia médica accidental, la atención se brindará a partir del inicio de la vigencia de **EL CONTRATO**. **ESSALUD** cubrirá la atención derivada de una emergencia médica accidental ocurrida durante las primeras 24 (veinticuatro) horas de ocurrida la emergencia.

Se brindará cobertura a **EL AFILIADO** y/o sus Dependientes, exclusivamente respecto a las prestaciones de salud previstas en **EL CONTRATO**, a excepción de las exclusiones, limitaciones y preexistencias señaladas.

Las prestaciones de salud comprenden:

1. **Prestaciones de recuperación de la salud.** Éstas incluyen:

- a) Atención médica, ambulatoria, hospitalaria y de emergencia.
- b) Medicamentos e insumos médicos contenidos en los petitorios institucionales.
- c) Servicios de rehabilitación.

2. **Prestaciones de prevención y promoción de la salud.**

3. **Prestaciones de maternidad**, que consisten en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al período de puerperio.

El período de puerperio será aplicable a la madre gestante y al cuidado del recién nacido por un periodo de hasta 30 días después del parto, siempre que **EL CONTRATO** se encuentre vigente.

Si el nacimiento se produce durante el último período de la cobertura de **EL CONTRATO**, las prestaciones de salud



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



al neonato se brindarán, como máximo hasta la fecha de cobertura que otorga el último aporte efectuado, salvo que **EL CONTRATO** sea renovado.

Otros servicios:

- Acceso al Programa de Asistencia Domiciliaria (PADOMI) para **EL AFILIADO** y dependientes, previa autorización médica de **ESSALUD**.
- Acceso al servicio de **ESSALUD** en Línea.
- Servicio de Transporte Asistido de Emergencia (STAE) para **EL AFILIADO** y sus dependientes.

6.2 El Dependiente inscrito que cumple la mayoría de edad durante la vigencia de **EL CONTRATO**, permanecerá bajo esta condición hasta la finalización de la cobertura originada por el pago del aporte mensual efectuado.

6.3 En caso de accidente de tránsito, las prestaciones de salud serán cubiertas en primera instancia y con preferencia del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y posteriormente, al haberse agotado su cobertura, se procederá con la cobertura del presente contrato. En esta situación **EL AFILIADO** deberá:

- a. Denunciar el hecho inmediatamente en la delegación de la Policía Nacional del Perú más cercana.
- b. Someterse al dosaje etílico o examen correspondiente, dentro del plazo que no exceda de cuatro (4) horas de ocurrido el accidente.

El incumplimiento de esta obligación conllevará a que **ESSALUD** reclame a **EL AFILIADO** los gastos efectuados por la asistencia médica recibida

CLÁUSULA SÉPTIMA: MODALIDAD DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

7.1 Las prestaciones se otorgarán en los establecimientos de salud que forman parte de la infraestructura propia de **ESSALUD** y/o en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – **IPRESS** contratadas y autorizadas por **ESSALUD**.

La asignación de **EL AFILIADO** y sus Dependientes a un establecimiento de salud, se efectuará de acuerdo a la dirección domiciliaria que figura en su Documento Nacional de Identidad (DNI) para el caso de nacionales. En el caso de extranjeros, se tomará en cuenta la dirección que declara en el formulario de registro correspondiente.

EL AFILIADO y sus Dependientes deberán acudir a dicho establecimiento en primera instancia cuando requieran atención de salud.

CLÁUSULA OCTAVA: PLAZO

8.1 **EL CONTRATO** se celebra por el plazo de un (01) año, contado a partir de la fecha del inicio de la vigencia de **EL CONTRATO**.

8.2 **EL AFILIADO** mantendrá sus derechos en tanto **EL CONTRATO** esté vigente por renovación o rehabilitación.

8.3 **EL CONTRATO** quedará automáticamente renovado por igual plazo de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésima.

CLÁUSULA NOVENA: PAGO DE APORTES

9.1 El pago de aportes oportuno, íntegro y en la forma establecida por **ESSALUD**, garantiza la cobertura de **EL CONTRATO** durante su vigencia a **EL AFILIADO** y sus Dependientes.

9.2 El pago del aporte es mensual, por adelantado y a cargo de **EL AFILIADO** o su representante legal. Podrán realizarse

pagos adelantados en forma trimestral, semestral o anual, de acuerdo con los medios de pago que establezca **ESSALUD**.

9.3 El primer aporte debe pagarse dentro de los diez (10) días calendarios posteriores a la fecha de suscripción de **EL CONTRATO**, con lo cual se activará su vigencia a partir del primer día hábil siguiente de efectuado el pago. Los aportes siguientes deben efectuarse de acuerdo al cronograma de pagos.

9.4 El valor del aporte se podrá actualizar de acuerdo al índice de inflación y la siniestralidad determinada por **ESSALUD**, con lo cual podría incrementarse, sujetándose **EL AFILIADO** al monto que se establezca para su continuación bajo los alcances de **EL CONTRATO**.

9.5 El monto del aporte se modifica en función al rango de edad o la incorporación o exclusión de Dependientes de acuerdo a lo establecido en el Anexo 2 de **EL CONTRATO**: Tabla de Aportaciones.

CLÁUSULA DÉCIMA: PERÍODO DE CARENCIA

10.1 El período de carencia para el inicio de la cobertura de **EL CONTRATO** tiene una duración de tres (03) meses, contados a partir del inicio de la vigencia de **EL CONTRATO**.

10.2 En el caso de incorporación de nuevos dependientes, para tener derecho de cobertura, cada uno de ellos deberá cumplir con el período de carencia de tres (03) meses, contados desde el inicio de la vigencia de **EL CONTRATO** para ellos, con excepción de los casos de continuidad de la cobertura previstos en la cláusula decimo primera.

10.3 No se aplicará el período de carencia al hijo recién nacido de madre cuyo parto haya ocurrido durante la vigencia de **EL CONTRATO**. En este caso, tendrá derecho de cobertura desde el primer día de nacido, siempre que se presente la solicitud de afiliación como dependiente dentro de los 30 días calendarios posteriores al nacimiento.

Los hijos adoptados podrán ser incorporados desde el primer día en que adquieran la condición jurídica como tales, siempre que se presente a **ESSALUD** la solicitud de afiliación a **EL CONTRATO** dentro de los treinta (30) días calendarios posteriores a ello.

10.4 El período de carencia podrá suspenderse por disposición de **ESSALUD** ante la Declaratoria de Estado de Emergencia ocurrido en todo el territorio nacional, o en parte de él.

10.5 No regirá el período de carencia cuando:

- Se haya renovado **EL CONTRATO**.
- Se haya rehabilitado la cobertura. En este caso **EL AFILIADO** debe contar con, al menos, tres (03) aportes consecutivos.
- **EL AFILIADO** y sus Dependientes cuenten con al menos, tres (03) meses de cobertura en el anterior seguro de salud administrado por EsSalud; según lo establecido en la Cláusula Décimo Primera.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: CONTINUIDAD DE LA COBERTURA

11.1 **EL AFILIADO** o sus Dependientes que se hayan trasladado de otro seguro administrado por **ESSALUD** tendrán continuidad en la cobertura de la siguiente manera:

- a) Período de carencia y períodos de espera: deberá suscribir **EL CONTRATO** o incorporar a sus Dependientes y realizar el pago del aporte respectivo, dentro del plazo de treinta (30) días calendarios posteriores a:
 - La fecha de cese del vínculo laboral o baja de inscripción como asegurado titular o derechohabiente, según corresponda al tipo de seguro del cual se traslade.



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



- Haber cumplido la mayoría de edad.
- b) Por diagnósticos y/o enfermedades preexistentes previstas en el Anexo 4 de **EL CONTRATO**, se deberá cumplir con lo siguiente:
 - Al momento del diagnóstico de la enfermedad, **EL AFILIADO** debió encontrarse bajo la cobertura de un seguro administrado por **ESSALUD** y que hayan transcurrido noventa (90) días desde su afiliación al anterior seguro de salud.
 - La afiliación a **EL CONTRATO** se efectúe dentro de los sesenta (60) días calendario de haber quedado extinta la cobertura anterior.
 - El diagnóstico o enfermedad preexistente se haya generado durante la vigencia del seguro de salud anterior y que se encuentre comprendida dentro de la cobertura de **EL CONTRATO**, sujetándose a las limitaciones y/o exclusiones de **EL CONTRATO**.
 - Si la preexistencia no fue declarada oportunamente con conocimiento de **EL AFILIADO** o fue objeto de una declaración falsa o reticente, no será cubierta por **EL CONTRATO**.
 - **ESSALUD** limitará la cobertura de los diagnósticos y/o enfermedades preexistentes a los límites que tenía esa condición en el plan de salud donde se evidenció.

11.2 Si **EL AFILIADO** o sus Dependientes se encuentran en período de latencia, la continuidad de cobertura se aplica siempre que la suscripción de **EL CONTRATO** y el pago del primer aporte se haya realizado antes de la culminación del período de latencia.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: PERÍODOS DE ESPERA

- 12.1 Para acceder a la cobertura de enfermedades sujetas a períodos de espera, **EL AFILIADO** y/o sus Dependientes inscritos deberán cumplir con los plazos previstos en la presente cláusula.
Los períodos de espera se contarán desde la vigencia de **EL CONTRATO**.
- 12.2 Los períodos de espera se aplican para las condiciones de salud establecidas en el Anexo 3: Períodos de Espera.
- 12.3 En el caso de asegurados que se trasladen del Seguro Regular y Seguro de Salud Agrario, se aplica las condiciones de continuidad de cobertura previstas en la cláusula décimo primera. En este caso, serán considerados los meses consecutivos con derecho de cobertura anteriores a la vigencia de **EL CONTRATO**. Si no resultasen suficientes, se acumularán con los períodos de cobertura de **EL CONTRATO**.
- 12.4 Si **EL AFILIADO** incorpora a sus hijos recién nacidos como dependientes dentro de los primeros treinta (30) días de su nacimiento y **EL AFILIADO** cuente con los meses de cobertura suficientes, no serán de aplicación los períodos de espera.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: PREEXISTENCIA

- 13.1 No se cubren las preexistencias detalladas en el Anexo 4.
- 13.2 La declaración de enfermedad preexistente en la Declaración Personal de Salud, es obligatoria por parte de **EL AFILIADO** al momento de la suscripción de **EL CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA DE SALUD

- 14.1 **EL CONTRATO** no cubre ninguna de las prestaciones de salud o tratamientos señalados en el Anexo 5: Exclusiones y Limitaciones de la Cobertura de Salud.
- 14.2 Las exclusiones y limitaciones no serán inferiores a las

previstas en la cobertura de salud de los afiliados al seguro regular.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA

- 15.1 La falta de pago del aporte, hasta la fecha de vencimiento establecida en el cronograma de pagos, origina la suspensión automática de la cobertura otorgada en **EL CONTRATO**, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento del pago.
- 15.2 **ESSALUD** comunicará a **EL AFILIADO**, mediante comunicación escrita y/o en la dirección electrónica indicada, respecto al incumplimiento del pago del aporte y sus consecuencias, indicándosele acerca del plazo que dispone para efectuar el pago del aporte.
- 15.3 En ningún caso **ESSALUD** brindará cobertura por contingencias ocurridas, iniciadas, derivadas o a consecuencia de diagnósticos, realizados durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida, aún cuando la contingencia se prolongue al período en el que se rehabilite la cobertura.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA

- 16.1 Una vez producida la suspensión de la cobertura para **EL AFILIADO** y/o sus dependientes y de no haber incurrido en la causal de resolución prevista en la cláusula décimo novena, procederá la rehabilitación de **EL CONTRATO**, previo pago de los aportes pendientes e intereses moratorios, en cuyo caso, la cobertura quedará rehabilitada, sin efecto retroactivo, a partir del primer día hábil siguiente a la fecha de realizado el pago de los aportes adeudados.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

- 17.1 La cobertura terminará para **EL AFILIADO** y/o sus dependientes, cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:
- a) Para el dependiente menor de edad, al cumplir la mayoría de edad.
 - b) Con la resolución de **EL CONTRATO**.
 - c) Al fallecimiento de **EL AFILIADO** o dependiente.
 - d) Al finalizar la vigencia de **EL CONTRATO**, siempre que no sea renovado.
 - e) Por renuncia escrita de **EL AFILIADO** o del cónyuge y/o concubino(a) a continuar bajo los alcances de **EL CONTRATO**.
- 17.2 La terminación de la cobertura para **EL AFILIADO**, origina la culminación automática y simultánea de la cobertura para sus Dependientes.
En el caso del fallecimiento o renuncia de **EL AFILIADO**, la terminación de la cobertura para sus Dependientes, ocurrirá al finalizar el período mensual a que da derecho el pago del último aporte realizado.
- 17.3 En caso se produzca la terminación de la cobertura de **EL CONTRATO**, **ESSALUD** tiene derecho a percibir el pago del aporte del mes respectivo.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE EL CONTRATO

- 18.1 **ESSALUD** podrá establecer modificaciones de las condiciones, cobertura y actualización en los aportes de **EL CONTRATO** durante su vigencia, para lo cual comunicará por escrito a **EL AFILIADO** la modificación que corresponda:
- a) Si **EL AFILIADO** está de acuerdo con la modificación deberá comunicar su decisión por escrito a **ESSALUD**



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



dentro del plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada deberá constar en una Adenda a **EL CONTRATO**.

- b) Si **EL AFILIADO** no está de acuerdo con la modificación propuesta por **ESSALUD** o no responde a la comunicación cursada dentro del plazo previsto en el literal a) de la presente cláusula, **EL CONTRATO** se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, fecha en la cual **EL CONTRATO** culminará indefectiblemente.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: RESOLUCIÓN DE EL CONTRATO

19.1 **EL CONTRATO** se resolverá en las siguientes situaciones:

1. De forma automática o de pleno derecho, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1430° del Código Civil, cuando:
 - a) **EL AFILIADO** incumple con el pago de dos (02) aportes mensuales consecutivos.
 - b) En caso **EL AFILIADO** y/o sus Dependientes adquieran con posterioridad a la suscripción de **EL CONTRATO**, la condición de afiliados del Seguro Regular o del Seguro de Salud Agrario.

En ambos casos se entenderá que **ESSALUD** ha resuelto **EL CONTRATO**, cuando **EL AFILIADO** se vea imposibilitado de pagar los aportes ante el ente recaudador de **EL CONTRATO**, debido al bloqueo en el sistema de recaudación

2. Sin expresión de causa:

A solicitud de **EL AFILIADO** o representante legal, lo que se deberá comunicar por escrito a **ESSALUD**.

En este caso no se afectará la atención hospitalaria en curso, hasta el término de la cobertura a que da derecho el último aporte mensual realizado.

19.2 Si **EL CONTRATO** es resuelto por cambio de condición de afiliados (regular o agrario) o a solicitud de **EL AFILIADO** y este optó por el pago de aportes trimestral, semestral o anual, **ESSALUD** devolverá los aportes correspondientes a los meses siguientes al mes de la resolución de la siguiente manera:

- El primer mes subsiguiente se devuelve el 80% del monto pagado.
- Los meses restantes se devuelve el 100% del monto pagado.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: RENOVACIÓN

20.1 **EL CONTRATO** podrá ser renovado anualmente de manera sucesiva y automática. Para tal efecto, **EL AFILIADO** deberá efectuar el pago del primer aporte correspondiente al contrato que se renueva, antes del vencimiento de la cobertura de **EL CONTRATO** anterior.

20.2 Si **EL AFILIADO** no realiza el pago del primer aporte correspondiente al contrato que se renueva, se entenderá que no desea renovar **EL CONTRATO**.

20.3 Por la renovación automática los términos y condiciones de **EL CONTRATO** serán los que estuvieron vigentes en el período anterior, salvo que **ESSALUD** considere incorporar modificaciones según lo previsto en la Cláusula Décimo Octava.

20.4 No procede la renovación cuando **EL AFILIADO** ha manifestado su desacuerdo o no ha dado respuesta sobre las modificaciones indicadas en la cláusula Décimo Octava.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: LESIONES PROVOCADAS

POR TERCEROS

21.1 En caso de daños o lesiones ocasionados por terceros que puedan dar lugar a una acción penal o civil, **EL AFILIADO** se obliga a denunciar el hecho inmediatamente a la autoridad policial de la jurisdicción, comunicar por escrito a **ESSALUD** los hechos de su ejecución y facilitar los documentos e información necesarios para que **ESSALUD** ejerza las acciones legales frente al tercero que ocasionó la lesión o daño a **EL AFILIADO** o a sus Dependientes.

El incumplimiento de esta obligación conllevará a que **ESSALUD** reclame a **EL AFILIADO** los gastos efectuados por la asistencia médica recibida.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: NULIDAD DE EL CONTRATO - FALSEDAD DE INFORMACIÓN

22.1 **EL CONTRATO** será nulo:

- Cuando se compruebe que **EL AFILIADO** ha incurrido en declaración falsa o inexacta respecto al estado de su salud o al de sus Dependientes en el llenado de la Declaración Personal de Salud.
- Por afiliación apoyada en documentos o declaraciones falsas.

22.2 La nulidad deja sin efecto **EL CONTRATO** desde el momento de su celebración. En este caso, **EL AFILIADO** no tendrá derecho a las prestaciones correspondientes a la cobertura de **EL CONTRATO**. Si **EL AFILIADO** o sus Dependientes hubiesen recibido alguna prestación, **EL AFILIADO** quedará automáticamente obligado a devolver a **ESSALUD** los gastos correspondientes.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: REEMBOLSO A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD - IPRESS POR ATENCION EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA PRIORIDAD I ò II

23.1 Se considerará como única causa para la solicitud de reembolso de los gastos ocasionados por atención médica por una IPRESS extrainstitucional, la derivada de una situación de emergencia por daños clasificados como prioridad I ò II, según lo establecido en la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2011, "Normativa para la Organización y Funcionamiento del Sistema de Emergencias y Urgencias del Seguro Social de Salud - **ESSALUD**".

En este supuesto, se comprobarán las circunstancias en las que se produjo la emergencia y la imposibilidad real de acudir a un establecimiento de **ESSALUD**.

23.2 La IPRESS extrainstitucional que brindó la prestación de servicios de salud en los casos de emergencia descritos en el numeral anterior, podrá solicitar el reembolso a **ESSALUD**, siempre que las prestaciones brindadas se encuentren bajo la cobertura de **EL CONTRATO** y de acuerdo al Tarifario de **ESSALUD**.

23.3 **EL AFILIADO** y/o sus Dependientes deberán comunicar y presentar a la IPRESS extrainstitucional que brindó la prestación de servicios de salud de emergencia, la documentación que sustente su condición de afiliados al + Salud Seguro Potestativo.

23.4 Bajo ningún concepto procede el reembolso a **EL AFILIADO**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: DOMICILIO, JURISDICCIÓN Y LEY APLICABLE

24.1 Las partes señalan como domicilio el que consigne el afiliado al momento de su inscripción o en las posteriores modificaciones o el declarado vía web o vía telefónica a través de los Sistemas de Comercialización a Distancia



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



dispuestos por **ESSALUD**, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones o notificaciones vinculadas a **EL CONTRATO**.

- 24.2 **EL AFILIADO** es responsable de comunicar oportunamente a **ESSALUD** la variación del domicilio, teléfono o correo electrónico mediante los Formularios que **ESSALUD** establezca. En caso contrario, se tendrá como válido los últimos datos señalados por **EL AFILIADO**.
- 24.3 Toda desavenencia o controversia que pudiera derivarse de **EL CONTRATO** o como consecuencia del mismo, serán resueltas a través de una conciliación o de un arbitraje en salud, de conformidad con los respectivos Reglamentos del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud – **SUSALUD**, a cuyas normas se sujetan las partes.
- 24.4 De no mediar acuerdo definitivo, ambas partes resolverán la controversia a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con el respectivo Reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de **SUSALUD**.
- 24.5 **EL CONTRATO** se rige por las leyes aplicables en la República del Perú.

CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA: CESIÓN

- 25.1 **ESSALUD** puede ceder libremente sus derechos y obligaciones y su posición contractual bajo **EL CONTRATO** en todo o en parte a un tercero en cualquier momento. Por el presente documento, **EL AFILIADO** autoriza expresamente las citadas cesiones.
- 25.2 Producida la cesión, el cesionario adquirirá todos los derechos, obligaciones y privilegios otorgados en **EL CONTRATO** a la parte cedente, sujeto al cumplimiento de los requisitos y formalidades previstos por la legislación.
- 25.3 **EL AFILIADO** no podrá ceder todo o parte de sus derechos u obligaciones de **EL CONTRATO** a terceros.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA: ATENCIÓN DE RECLAMOS Y CONSULTAS RESPECTO DE EL CONTRATO.

- 26.1 Con la finalidad de expresar algún incumplimiento o deficiencia, **EL AFILIADO** podrá presentar un reclamo, por escrito, mediante carta dirigida a **ESSALUD**, la cual podrá presentarse en cualquiera de nuestras Oficinas de Seguros cuyas direcciones se encuentran publicadas en el portal www.essalud.gob.pe.
- 26.2 Las consultas serán atendidas por vía telefónica a través de **ESSALUD** en línea (411-8000 opción 3) o a través del correo electrónico, cuando se formulan por medio de la página web de **ESSALUD** opción "ESSALUD RESPONDE".

CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA: INSTRUMENTOS

Forman parte de **EL CONTRATO**:

- Anexo 1: Declaración Personal de Salud
- Anexo 2: Tabla de Aportaciones
- Anexo 3: Períodos de Espera
- Anexo 4: Preexistencias
- Anexo 5: Exclusiones y Limitaciones de la cobertura de salud.

Firma de **EL AFILIADO** o
Representante Legal

Apellidos y Nombres de **EL AFILIADO** / Doc. de Identidad:

.....

Apellidos y nombres del **REPRESENTANTE LEGAL**:

.....

Fecha: / /

Carlos R. Valdez Benavides
Gerente de Acceso y
Acreditación del Asegurado

Mariella Merino Calero
Subgerente de Afiliación y
Promoción de Seguros



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



ANEXO 1 DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

OBSERVACIONES IMPORTANTES: Realice sus declaraciones con precisión y franqueza, empleando letra clara y legible. Si padece de alguna enfermedad grave, indíquela sin temor. Es preferible evitar controversias por falta de declaración y/o declaración fraudulenta. La declaración auténtica no será discutida por **ESSALUD**. Si necesita más espacio que el que consigna este formulario para detallar una respuesta, puede adjuntar una hoja aportando mayores antecedentes.

Si comete algún error, solicite un nuevo formulario. No se aceptan borrones ni correcciones. Usar un mismo color de lapicero.

NOMBRE DEL ASEGURADO

DNI:

	SI	NO	DETALLE
1.- ¿Ha tenido anteriormente algún tipo de seguro en EsSalud? Indique y detalle que seguro tuvo.			
2.- ¿Tiene algún tipo de seguro de salud o de vida privado?			

A) ANTECEDENTES FAMILIARES

HISTORIA FAMILIAR	EDAD ACTUAL	PADECE O PADECIÓ ALGUNA ENFERMEDAD ¿CUAL?	SI FALLECIÓ SU FAMILIAR, CUAL FUE EL DIAGNÓSTICO DE FALLECIMIENTO
PADRE		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: Transtornos mentales: Cáncer:	
MADRE		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: Transtornos mentales: Cáncer:	
HERMANOS		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: Transtornos mentales: Cáncer:	

B) ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	DETALLE
3.- ¿Realiza vuelos como piloto, estudiante de piloto, o es miembro de tripulación de nave aérea o marítima, vuela como pasajero en medios de transporte aéreo de vuelos no regulares?			
4.- ¿Es bombero, ingeniero de minas, radiólogo o a fin, ingeniero químico (planta), minero, periodista corresponsal de guerra, miembro de las Fuerzas Armadas o realiza cualquier otra actividad de riesgo?			
5.- ¿Practica paracaidismo, andinismo, automovilismo, buceo, motociclismo o afines, benji (caída libre con cuerda) pesca submarina, ala delta, planeador, rodeo, surf o cualquier otro deporte o actividad de riesgo?			
6.- ¿Tiene alguna discapacidad, defecto físico o amputación?			
7.- ¿Se ha medido la Presión Arterial en los últimos 3 años? ¿Cuál fue el resultado?			Marca con X: Baja: Normal: Alta: Ignora:
8.- ¿Has tenido variación de más de 5 kg. en este último año? Indique la causa probable			
9.- ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en exceso o se ha sido sometido a tratamiento o rehabilitación por alcoholismo?			
10.- ¿Fuma?			Indicar consumo diarios:
11.- ¿Ha hecho uso de morfina, cocaína, L.S.D. marihuana u otros narcóticos? ¿Por qué causas, en qué cantidades y por cuánto tiempo?			
12.- ¿Usa o ha hecho uso habitual de sedantes, tranquilizantes o somníferos? ¿Quién se los ha indicado, por que causa, en qué cantidad?			
13.- ¿Ha tenido descansos médicos en los últimos 6 meses? ¿Por qué motivo o diagnóstico fueron?			

C) ULTIMO CHEQUEO O CONTROL MÉDICO	DETALLE
14.- Fecha y motivo en que se realizó su último chequeo o control.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Motivo:
15.- Si fue por enfermedad, informe el diagnóstico médico.

D) ¿PADECE O HAS PADECIDO ALGUNAS DE LAS AFECCIONES O TRANSTORNOS SIGUIENTES?	SI	NO	DETALLE
16.- ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS			Vértigos: Desmayo: Parálisis: Convulsiones: Epilepsia: Pérdida del conocimiento: Dolores de cabeza severos: Meningitis: Transtornos Mentales: Otros:
17.- ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS			Ansiedad: Depresión: Fobias: Psicosis: Otros:
18.- ENFERMEDAD CONGÉNITA/ HEREDITARIA/ DEFORMIDAD CONGÉNITA			Cuál:

USUARIO

19.- ENFERMEDAD DE LOS PULMONES			Asma: Silicosis: Neumonía: Neumotórax: Bronquitis: Tuberculosis: Otros:
20.- ENFERMEDADES VASCULARES O DEL CORAZÓN			Arritmia: Soplo: Valvulopatía: Coronariopatía (Infarto): Fiebre reumática: Molestias o dolores en el pecho: Hinchazón de piernas: Várices o úlceras varicosas: Otros:
21.- ENFERMEDADES DIGESTIVAS			Gastritis: Úlcera: Diarreas: Estreñimiento: Heces con sangre: Otros:
22.- ENFERMEDADES RENALES, UROLÓGICAS			Infecciones urinarias: Problemas de Próstata: Cólico Renal: Orina con sangre: Insuficiencia Renal: Otros:
23.- ENFERMEDADES DE LOS HUESOS O ARTICULACIONES			Artritis: Lupus: Artrosis: Enfermedades reumáticas: Fracturas óseas: Síndrome túnel carpiano: Lumbalgia: Luxación: Tendinitis: Amputación: Otros:
24.- ENFERMEDADES DE LA SANGRE			Anemia: Hemofilia: Alteraciones de la Coagulación: Manchas rojas en la piel: Leucemia: Hemorragias persistentes: Otros:
25.- ENFERMEDADES DE LA PIEL			Cuáles:
26.- ENFERMEDADES DE LA TIROIDES			Hipotiroidismo: Hipertiroidismo: Otros:
27.- ENFERMEDADES DE LOS OJOS: ¿Usa usted lentes?			Miopía: Hipermetropía: Astigmatismo: Cataratas: Presbicia: Cirugía por:
28.- ENFERMEDADES DE LOS OÍDOS: ¿Oye usted bien?			¿Usa audífono? SI:NO:
29.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS IMPORTANTES			Meningitis: Hepatitis A: Hepatitis B: Hepatitis C: Paludismo: Tuberculosis: VIH - SIDA: Enfermedades relacionadas al SIDA: Otros:
30.- DIABETES / HIPERTENSIÓN ARTERIAL			Controla con dieta: Antidiabéticos orales: Insulina: Antihipertensivos: Otros:
31.- ALTERACIONES METABÓLICAS			Colesterol alto: Triglicéridos alto: Ácido úrico alto:
32.- OTRAS: TUMORES, CÁNCER			Cáncer de mama: Cáncer de cuello uterino: Cáncer gástrico: Cáncer pulmonar: Otros:
33.- ¿Ha estado alguna vez hospitalizado para observación, diagnóstico, operación o tratamiento?			Motivo: Fecha: / /
34.- ¿Está recibiendo tratamiento médico para alguna enfermedad o está tomando medicina de cualquier clase por más de 1 mes?			Medicamento y Motivo:
35.- ¿Está recibiendo tratamiento para Cáncer como radioterapias o quimioterapias?			
36.- ¿Le realizan diálisis peritoneal o hemodiálisis? Detalla cuántas veces a la semana recibes el mencionado tratamiento.			
37.- ¿Tiene que ser hospitalizado próximamente?			Motivo: Fecha: / /
38.- ¿Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión que no se haya mencionado directamente en este cuestionario?			Cuál:
E) CONTESTE SÓLO SI ES MUJER	SI	NO	DETALLE
39.- ¿Ha sufrido o tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad o tumor en el pecho, útero, ovarios, menstruación irregular, abortos, cesáreas o complicaciones en algún embarazo?			
40.- ¿Fecha de última regla?			Cuándo: / /
41.- ¿Cuántos partos ha tenido y cuándo fue el último?			Número de partos: Fecha del último parto: / /
42.- ¿Se ha practicado exámenes de papanicolaou (PAP) en los últimos 3 años?			Cuándo:

Si ha declarado diagnósticos preexistentes previstos en el Anexo 4 de **EL CONTRATO**, indique si tuvo cobertura a través de un plan de salud Si ☐ No ☐
Indique la IAFAS donde se evidenció el diagnóstico:

Confirmando la exactitud y la veracidad de la presente declaración, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado(a) que la presente declaración constituye el elemento indispensable para la apreciación del riesgo por parte de **ESSALUD** y que una declaración falsa o una reticencia de mi parte, implica la nulidad del Contrato. Además, autorizo al establecimiento de salud o médico tratante que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias, a revelar a **ESSALUD** los antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al brindarme sus servicios. Asimismo declaro tener conocimiento que **ESSALUD** podrá disponer la práctica de exámenes médicos.

LUGAR: FECHA:

Firma de El Afiliado / Dependiente / Padre / Madre / Representante Legal
Doc de Identidad:

USUARIO



CONTRATO DEL +SALUD SEGURO POTESTATIVO

(VERSION: 02)



ANEXO 2: TABLA DE APORTACIONES AFILIACIÓN INDIVIDUAL

Rango de Edad	Prima S./
0-17	137
18-29	132
30-59	138
60+	215

Los aportes incluyen el Impuesto General a las Ventas -IGV y el pago de comisiones por recaudación al sistema bancario.

ANEXO 3: PERIODOS DE ESPERA

Nº	Condición	Periodo de Espera (meses continuos)
1	Atenciones por maternidad.	10
2	Tratamiento de Cáncer.	12
3	Enfermedades congénitas (recién nacido o no diagnosticadas).	24
4	Tratamiento del VIH, SIDA y enfermedades relacionadas al VIH.	24
5	Prótesis Internas o Endoprótesis tales como: marcapaso cardíaco, stent (endoprótesis vascular), prótesis osteoarticulares, cajetillas o cages para columna vertebral.	24

ANEXO 4: PREEXISTENCIA

No se cubre la siguiente condición pre-existente:

- Tratamiento de todo tipo de cáncer no comprendido en la Lista de Condiciones Asegurables del PEAS.

El "cáncer no comprendido en el PEAS" se refiere a todos los diagnósticos de cáncer excepto los siguientes:

Tumores del aparato genital femenino:

- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de mama

Otros tumores

- Neoplasia de colon: solo Diagnóstico
- Neoplasia de estómago: solo Diagnóstico
- Neoplasia de próstata: solo Diagnóstico

ANEXO 5: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA DE SALUD

EXCLUSIONES:

- Las exclusiones previstas en el Anexo 3 del Reglamento de la Ley N° 26790
 - Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria:
 - Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras, tales como: Cirugía Plástica, Odontología de Estética),
 - Tratamiento de periodoncia y ortodoncia,
 - Curas de reposo y del sueño,
 - Lentes de contacto.
 - Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinflingidas.
- Otras exclusiones:
 - Trasplantes de órganos y tejidos.
 - Insuficiencia Renal Crónica Terminal y Tratamiento de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.
 - Todo tipo de atención de salud fuera del territorio nacional.
 - Enfermedades raras o huérfanas descritas en la Resolución Ministerial N° 151-2014/MINSA y sus posteriores modificatorias.

- Órtesis y otros (sillas de rueda, anteojos, corsés, plantillas y zapatos ortopédicos).
- Prótesis externas o exoprótesis.
- Dispositivos o implantes médicos de naturaleza mecánica o electrónica, tales como: implante coclear, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, dispositivos intervertebrales, o interespinosos, excepto marcapaso cardíaco, stent, prótesis osteoarticulares, cajetillas o cages para columna vertebral, los cuales si se cubrirán sujetos a periodos de espera.
- Intoxicación o encontrarse el asegurado en estado de ebriedad o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica, registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo. Asimismo los accidentes de tránsito causados por el asegurado bajo los efectos del alcohol o estupefacientes y sus secuelas.
- Para los efectos de la exclusión se entiende que el asegurado se encuentra:
 - En estado de ebriedad, cuando el examen de alcoholemia arroje un resultado igual o mayor a 0.5 gramo/l de alcohol en la sangre o al permitido por el Reglamento Nacional de Tránsito vigente al momento del accidente.
 - Bajo los efectos de estupefacientes o narcóticos, cuando el examen toxicológico arroje cualquier grado positivo de estas sustancias.
 - En estado de ebriedad o bajo influencia de estupefacientes o narcóticos, cuando se niega a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico.
- Diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo.
- Cuidado por enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería adicionales a las ofrecidas en el establecimiento de salud durante la estancia hospitalaria, o en el domicilio.
- Comida y cama para acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, etc.
- Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación.
- Tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- Estancias hospitalarias posteriores al alta del paciente.
- Gastos de transporte para el paciente y acompañante. Excepto los traslados al paciente en los servicios de transporte asistido que brinda la institución.
- La internación en entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio o guardería.
- Enfermedades profesionales, accidentes de trabajo y sus secuelas.
- Lesiones o secuelas derivadas de accidentes ocasionados por la práctica de deportes de alto riesgo.
- Lesiones o secuelas derivadas de: la participación activa en guerra internacional, civil, insurrección o rebelión, participación activa en alteraciones del orden público y/o conmoción civil, el servicio militar de cualquier clase, contaminación nuclear participación en actos delictivos o criminales, peleas, riñas (salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa).
- Medicamentos, insumos u otros dispositivos no contenidos en los correspondientes petitorios institucionales, salvo los que **ESSALUD** determine de acuerdo a la evaluación económica y sanitaria.

Limitaciones:

Se racionalizará el otorgamiento de procedimientos, terapias o intervenciones **más complejas de alto costo y con baja posibilidad de recuperación, normadas por ESSALUD.**