

CONDICIONADO DEL SERVICIOS DE PROGRAMA "INTERSEGURO - ASISTENCIA SALUD IBK" SUSCRITO ENTRE IMPULSA365 S.A.C Y INTERSEGURO COMPAÑIA DE SEGUROS.

1. INTRODUCCIÓN

INTERSEGURO COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. con su programa "**INTERSEGURO - ASISTENCIA SALUD IBK**", le brinda Asistencia Médica y Asesoría por Desempleo, las 24 horas del día, los 365 días del año. Con tan sólo una llamada, dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier problema, sujetándose para ello al presente contrato.

2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

2.1 DEFINICIONES.

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

A INTERSEGURO: INTERSEGURO COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

B I365: IMPULSA365 S.A.C

C AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS: Es la persona física **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS a INTERSEGURO COMPAÑIA DE SEGUROS** que se haya **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS a "INTERSEGURO - ASISTENCIA SALUD IBK"**. Dentro de este rubro se entenderán como **BENEFICIARIOS del AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** el cónyuge, hijos y/o dependientes menores de 18 años que vivan permanentemente y bajo la dependencia económica del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS**, quienes podrán gozar de todos los servicios a los que tiene derecho el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.

D SOLES: La moneda en curso legal en la República del Perú.

E SERVICIOS: Los servicios de asistencia contemplados en "INTERSEGURO COMPAÑIA DE SEGUROS" y que se refiere el presente documento.

F SITUACIÓN DE ASISTENCIA: Todo hecho, acto, accidente, consulta y atención del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidas en el documento, que den derecho a la prestación de los **SERVICIOS**.

G

FECHA DE INICIO: Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece **I365** estarán a disposición del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** de **INTERSEGURO COMPAÑIA DE SEGUROS**.

H

PAÍS DE RESIDENCIA: La República del Perú.

I

REPRESENTANTE: Cualquier persona, sea o no acompañante del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

J

TERRITORIALIDAD PARA EL SERVICIO: A nivel nacional.

3. BENEFICIOS

3.1 SERVICIOS MÉDICOS:

A

TELEMEDICINA:

En caso de que el **AFILIADO** requieran de una consulta médica por video llamada ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), **I365** gestionará la habilitación de un consultorio virtual con:

- Médico en medicina general para que absuelva su consulta. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LÍMITE DE EVENTOS Y SIN LIMITE DE COSTO.**

Para hacer uso de la telemedicina el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** deberá comunicarse previamente con la central de emergencias y solicitar la cita. El canal de comunicación para agendar la cita con la especialidad requerida estará disponible las 24 horas del día.

IMPORTANTE: el **AFILIADO** debe previamente llamar a la central para que le enviemos luego del triaje telefónico un link por mail o por SMS para la video consulta.

B

ENVIO DE MEDICOS A DOMICILIO:

En caso de que el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** sufran una enfermedad o padecimiento del momento y que requiera la evaluación o diagnóstico de un Médico General, **I365** gestionará y cubrirá el costo del traslado del médico a la residencia del **AFILIADO**, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** siempre y cuando exista la infraestructura o red privada que lo permita.

Las visitas médicas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados por **I365**, no están cubiertas, y **I365** no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** o terceros. **CO PAGO DE S/. 35.00 NUEVOS SOLES, SIN LIMITES DE EVENTOS.**

El médico a domicilio no entrega receta médica ni medicamentos.

C CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA: CONTARÁ CON UN PERIODO DE CARENCIA DE 30 DÍAS

Cuando el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** requiera realizar consulta médica en medicina general, ginecología y pediatría, **I365** a través de su proveedor de servicios y a solicitud del **AFILIADO** se coordinará en los centros médicos afiliados a su red la cita correspondiente para que el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** sean atendidos. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LÍMITE DE EVENTOS Y SIN LIMITE DE COSTO.**

**** Solo se reembolsará S/ 25.00 por consulta y sólo en aquellos casos donde no exista red de centros médicos afiliados. ****

D MEDICAMENTOS GENÉRICOS DERIVADOS DE LA CONSULTA MEDICA (TRATAMIENTO NO MAYORES A 15 DÍAS)

En caso de que el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** requiera de la entrega de medicamentos genéricos luego de la consulta médica a domicilio por EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA con nuestra red médica. **I365** cubrirá la entrega o el reembolso de dichos medicamentos hasta por un tratamiento máximo de 15 días. El servicio aquí indicado se realizará: **HASTA S/. 25.00 Y SIN LIMITE DE EVENTOS AL AÑO.**

Los medicamentos derivados de la consulta médico son genéricos. Estos deben ser recetados por el doctor dentro de la atención médica y la cobertura abarca a medicamentos destinados a solucionar la urgencia del paciente, se brinda medicamentos para un máximo de hasta 15 (quince) días de tratamiento. No están en cobertura, así estén recetados, productos cuyo fin sea el inicio, continuidad o fin de tratamientos.

E PRUEBA COVID - 19: CONTARÁ CON UN PERIODO DE CARENCIA DE 30 DÍAS

En caso de que el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** requiera el descarte de prueba Covid por ser sintomático o haber tenido contacto con alguna persona que dio positivo Covid, el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** pasara por un triaje médico para que a través de **I365** se coordine la prueba necesaria (Antígeno ó Molecular). El servicio aquí indicado se realizará: **HASTA S/. 100.00 Y UN (1) EVENTO AL AÑO.**

F AMBULANCIA POR EMERGENCIA:

En caso de que el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** sufra una enfermedad grave o accidente tales que requieran su hospitalización o estabilización, **I365** gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad con un límite máximo de: **S/ 400.00 SOLES POR CADA EVENTO Y CON NÚMERO MÁXIMO DE CUATRO (3) EVENTOS AL AÑO.**

G**REFERENCIAS Y COORDINACIÓN DE PRUEBAS COVID-19, OXIGENO, CAMAS UCI**

Cuando el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** requiera de datos sobre pruebas COVID-19, oxígeno, camas UCI, deberá llamar a **I365** para que éste último le proporcione información requerida. Estos servicios estarán a cargo del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** quienes podrán coordinar directamente la entrega del producto o servicio quedando a cargo del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** los costos y cualquier otro gasto en que deba incurrirse, los cuales serán pagados por el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. El presente servicio se prestará **SIN LÍMITE DE EVENTOS Y SIN LIMITE DE COSTO**.

En las demás localidades del Perú a excepción de LIMA, **I365** hará lo posible por ayudar al **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** a contactar un establecimiento. En este caso, el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** también deberá pagar con sus propios recursos los gastos en que incurra al recibir el producto o servicio, **I365** no asumirá responsabilidad alguna en relación con el producto, servicio o la atención prestada o falta de esta por parte de los establecimientos contactados.

4. EXCLUSIONES

- A)** Cuando el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- B)** Cuando el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** no se identifique como **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS de INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS**.
- C)** Cuando el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.

5. EXCLUSIONES GENERALES:

- A)** La mala fe del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** comprobada por el personal de **I365**.
- B)** Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc. Daños intencionales, así como los causados por guerra, rebelión, asonada, motín, protesta, paro y situaciones que alteren la seguridad pública.
- C)** Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los servicios.
- D)** Están excluidas de la presente cobertura las pandemias, sospechas de pandemias y epidemias advertidas por la OMS o MINSA, para lo cual se deberá seguir el protocolo de atención según el MINSA haya notificado.
- E)** Falta de cooperación del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** para la recuperación de los costos o gastos asociados a reembolsos autorizados por la empresa (**I365**), según sea el caso.

En caso de que el costo del servicio de exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS**.

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

6. OBLIGACIONES DEL AFILIADO:

Con el fin de que el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

A Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **I365**.

B Identificarse como **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** ante los funcionarios del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** ante personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ASISTENCIA:

A El **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** deberá llamar a la Central de Emergencia: (01) 2136655 seguidamente, deberá identificarse con el nombre del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS**, DNI, teléfono y dirección para la validación respectiva.

B El **SERVICIO** se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborables.

C En el caso de los beneficios adicionales, el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** deberá abonar el importe por concepto de deducibles y/o gastos no cubiertos que correspondan según las condiciones establecidas en la póliza que tenga contratada.

8. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

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