

CONTRATO DE SEGURO DE SALUD PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLÁUSULA PRIMERA: GENERALIDADES

- 1.1 El Seguro Social de Salud, quien en adelante será denominado ESSALUD, otorga al afiliado titular, en adelante EL AFILIADO y a sus dependientes debidamente inscritos en este Plan de Salud, cobertura de salud en las condiciones que se establecen en el presente contrato, denominado 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, así como 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. Así como por la Ley N° 26790 Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, sus normas reglamentarias y modificatorias, en lo que corresponda.
- 1.3 EL CONTRATO es otorgado por ESSALUD sobre la base de las declaraciones efectuadas por EL AFILIADO en el Formulario Único de Registro.
- 1.4 La cobertura de EL CONTRATO está comprendida en el régimen de financiamiento contributivo a 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, establecidos por la Ley en mención.
- 1.5 El asegurado del Seguro Regular y Seguro de Salud Agrario que administra ESSALUD, no podrá contratar la cobertura establecida en EL CONTRATO.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES

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

- 2.1 **Accidente**, es toda lesión corporal producida por la acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.
- 2.2 **Acreditación**, es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir EL AFILIADO y sus dependientes para tener derecho de cobertura.
- 2.3 **Afiliado Titular**, es la persona natural registrada ante ESSALUD que en virtud al contrato del seguro EsSalud Independiente tiene derecho a la cobertura de salud establecida en dicho contrato.
- 2.4 **Aporte**, es la retribución que debe ser abonada por EL AFILIADO, en contraprestación del Plan de Salud contratado.
- 2.5 **Cobertura**, es la lista de las condiciones asegurables a las cuales EL AFILIADO y sus dependientes tendrán acceso en los Establecimientos de Salud. Comprende la lista de condiciones asegurables del PEAS, así como otras prestaciones adicionales al PEAS.
- 2.6 **Condiciones asegurables**, son los estados de salud que se buscan mantener o recuperar, a través de la cobertura contratada por EL AFILIADO.
- 2.7 **Copago y/o Deducible**, son los costos enfrentados o compartidos por EL AFILIADO (titular o sus dependientes) en la forma de una cantidad fija o proporción a ser pagada por cada atención o procedimiento.
- 2.8 **Continuidad de cobertura**, es el beneficio que permite a EL AFILIADO y/o dependientes de los diferentes seguros que administra ESSALUD, acceder a la cobertura contratada, sin aplicación del período de carencia, siempre que cumpla con las condiciones correspondientes.
- 2.9 **Consulta externa**, comprende un conjunto de actividades médicas y no médicas, que permiten otorgar servicios de promoción, protección específica, diagnóstico y tratamiento de procesos mórbidos.
- 2.10 **Derecho de cobertura**, es el derecho de EL AFILIADO y sus dependientes a acceder a la cobertura establecida en EL CONTRATO, dentro del territorio nacional.
- 2.11 **Dependientes**, son las siguientes personas inscritas por EL AFILIADO: (i) cónyuge o concubino(a); (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.
- 2.12 **Emergencia**, es 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.
- 2.13 **Exclusiones**, es el conjunto de atenciones de salud no cubiertas por EL CONTRATO.
- 2.14 **Establecimientos de Salud**, son los Centros Asistenciales de ESSALUD y Centros de Atención autorizados por ESSALUD, para prestar servicios que otorgarán las prestaciones de salud a EL AFILIADO y sus dependientes.
- 2.15 **Formulario Único de Registro**, es la ficha de registro mediante la cual se inscribe a EL AFILIADO y sus dependientes en ESSALUD.
- 2.16 **Interconsulta**, corresponde al procedimiento asistencial-administrativo mediante el cual, el médico tratante, solicita una evaluación especializada a un profesional de la salud para EL AFILIADO y/o sus dependientes.
- 2.17 **Página Web**, A la página Web institucional de ESSALUD: www.essalud.gob.pe
- 2.18 **Pago de Aportes**, Al pago que debe realizar el AFILIADO y sus dependientes ante ESSALUD.
- 2.19 **Período de carencia**, es el período durante el cual EL AFILIADO y sus dependientes no gozan de las prestaciones relacionadas con las condiciones asegurables señaladas en el Anexo 1, excepto las atenciones por emergencias y las actividades de promoción y prevención.
- 2.20 **Período de espera**, es el período durante el cual EL AFILIADO y sus dependientes no podrán acceder a algunas de las prestaciones contenidas en EL CONTRATO.
- 2.21 **Preexistencia**, es cualquier condición de alteración del estado de salud de EL AFILIADO y sus dependientes, diagnosticada por un profesional médico colegiado, no resuelta y declarada en el Formulario Único de Registro por EL AFILIADO.
- 2.22 **Proceso de Referencia**, es el procedimiento asistencial-administrativo mediante el cual el médico tratante, traslada la responsabilidad del manejo médico y/o ayuda al diagnóstico de EL AFILIADO y/o dependiente, por un motivo específico, a otro Establecimiento de Salud.
- 2.23 **Proceso de Contrarreferencia**, es el procedimiento asistencial-administrativo mediante el cual el médico tratante retorna la responsabilidad del manejo médico y/o ayuda al diagnóstico de EL AFILIADO y/o dependientes a su Establecimiento de Salud de origen, cuando está en condiciones de ser atendido en el mismo.
- 2.24 **Renovación de Contrato**, es el procedimiento mediante el cual EL AFILIADO manifiesta su voluntad de suscribir un nuevo contrato, para lo cual deberá efectuar el pago del aporte correspondiente, antes de la culminación de la cobertura que otorga el pago del último aporte de EL CONTRATO anterior.
- 2.25 **Representante legal**, es la persona facultada para actuar en representación de EL AFILIADO.

CLÁUSULA TERCERA: AFILIADO Y DEPENDIENTES

EL CONTRATO cubre a los siguientes beneficiarios inscritos en ESSALUD de acuerdo con los procedimientos correspondientes:

- 3.1 A EL AFILIADO.
- 3.2 Al cónyuge o concubino(a) inscrito(a) como dependiente de EL

AFILIADO.

- 3.3 A los hijos(as) menores de edad de EL AFILIADO, debidamente inscritos como dependientes.
- 3.4 A los hijos(as) mayores de edad de EL AFILIADO, incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, inscritos como dependientes. En este caso, EL AFILIADO deberá presentar la Resolución Directoral de Incapacidad, otorgada por ESSALUD. El costo de la evaluación médica, será asumido por EL AFILIADO.

CLÁUSULA CUARTA: INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE DEPENDIENTES

- 4.1 EL AFILIADO o su representante legal, podrán en cualquier momento, incorporar o excluir dependientes, utilizando para tal efecto el Formulario Único de Registro, debiendo realizarse la modificación en los lugares que ESSALUD establezca. La inclusión o exclusión modificará el monto del aporte de EL CONTRATO.
- 4.2 En caso de la exclusión de dependientes, su cobertura sólo será brindada hasta el momento de la exclusión. En caso existiera atenciones posteriores en Establecimientos de Salud, las prestaciones serán valorizadas y facturadas a nombre de EL AFILIADO, excepto, aquellos actos médicos programados con anterioridad a la exclusión.
- 4.3 Los dependientes que cumplan la mayoría de edad durante la vigencia de EL CONTRATO, permanecerán bajo dicha condición hasta la finalización de la cobertura que da derecho el pago del aporte previo que corresponda, anterior al cumplimiento de la mayoría de edad.

CLÁUSULA QUINTA: COBERTURA Y OTROS SERVICIOS

- 5.1 ESSALUD otorgará a EL AFILIADO y/o sus dependientes debidamente inscritos, según corresponda, la cobertura contratada, que comprende las siguientes prestaciones:
- Prestaciones preventivas, promocionales, de recuperación y rehabilitación que se indican en el PEAS a que se refiere el Anexo del Decreto Supremo N° 016-2009-SA.
 - Otras prestaciones recuperativas adicionales señaladas en la "Lista de Condiciones Asegurables que cobertura el Seguro de Salud para Trabajadores Independientes", publicada en la página Web.
- 5.2 Medicinas contenidas en el petitorio farmacológico e insumos médicos cubiertos por EL CONTRATO.
- 5.3 Otros servicios:
- Acceso al servicio de ESSALUD en línea.
 - Servicio de Transporte Asistido de Emergencia (STAE).
- 5.4 EL AFILIADO declara conocer la cobertura de EL CONTRATO, publicada en el portal web institucional de ESSALUD: www.essalud.gob.pe.

CLÁUSULA SEXTA: EXCLUSIONES

- 6.1 Las condiciones asegurables no detalladas en la "Lista de Condiciones Asegurables que cobertura el Seguro de Salud para Trabajadores Independientes".
- 6.2 Asimismo, no cubre:
- Todo procedimiento o terapia que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del paciente, de naturaleza cosmética, estética o suntuaria:
 - Cirugías Electivas no recuperativas ni rehabilitadoras del paciente:
 - Cirugía plástica
 - Odontología estética
 - Tratamientos de periodoncia y ortodoncia
 - Curas de reposo o de sueño
 - Lentes de contacto
 - Toda lesión o secuela derivada de intento de suicidio y/o lesiones autoinfligidas.
- 6.3 Las exclusiones y gastos no cubiertos se extienden a:
- Acceso a los Centros de Rehabilitación Profesional

(CERP).

- Acceso a los Centros del Adulto Mayor (CAM).
- Acceso al Programa de Asistencia Domiciliaria (PADOMI).
- Accidentes sufridos en estado de embriaguez o drogadicción. Se considera que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5 g/l de alcohol en la sangre, según certificado de dosaje etílico o el grado de alcoholemia que establezca la norma vigente al momento del accidente.
- Atenciones y/o exámenes fuera del país.
- Enfermedades oncológicas, excepto las incluidas en la cobertura de EL CONTRATO.
- Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.
- Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos, excepto las incluidas en la cobertura de EL CONTRATO.
- Exoprótesis y/o zapatos ortopédicos y prótesis no quirúrgicas, así como frenillos, aparatos auditivos, equipos mecánicos o electrónicos u otros.
- Lesiones o secuelas derivadas de accidentes de trabajo y accidentes de tránsito.
- Enfermedades profesionales, y sus secuelas o complicaciones.
- Lesiones o secuelas derivadas de accidentes ocasionados por la práctica de deportes de alto riesgo (práctica y/o carreras de automovilismo, motociclismo, alas delta, paracaidismo, escalamiento de montaña, parapente, vuelo libre, carrera de caballos, cacería mayor u otras actividades deportivas riesgosas).
- 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, participación en actos delictivos o criminales, contaminación nuclear.
- Prestaciones económicas (subsidio por incapacidad temporal para el trabajo, subsidio por maternidad, subsidio por lactancia y prestación por sepelio).
- Medicamentos contenidos fuera del petitorio farmacológico de la cobertura de EL CONTRATO.
- Procedimientos y servicios que no se brindan en la cobertura de EL CONTRATO.
- Procedimiento terapéutico de cámara hiperbárica y litotricia.
- Toda enfermedad, lesión y/o defecto adquirido con anterioridad y/o preexistente que no esté dentro de la cobertura de EL CONTRATO. En ningún caso una preexistencia incluida en la cobertura, será pasible de exclusión. La declaración de enfermedad preexistente es obligatoria por parte de EL AFILIADO al momento de la afiliación.
- Trasplante de órganos y tejidos.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de drogas o sustancias psicoactivas, excepto las siguientes condiciones: Esquizofrenia, ansiedad, depresión y alcoholismo.
- Tratamiento por fertilización, o inseminación artificial, o esterilidad o implantación de embriones in vitro, ginecomastía o mastoplastia, cambio de sexo o tratamiento por disfunción eréctil.
- Tratamiento u operaciones por obesidad, excepto el tratamiento médico de la obesidad secundaria a enfermedad endocrina.
- Vacunas o inmunizaciones no incluidas en el programa nacional de inmunización del Ministerio de Salud (MINSA).

CLÁUSULA SÉTIMA: INICIO DE COBERTURA

- 7.1 La fecha de inicio de cobertura para EL AFILIADO y sus dependientes inscritos se activa desde el día siguiente de

efectuado el pago del primer aporte por EL AFILIADO.

- 7.2 Si con posterioridad EL AFILIADO incluye a otros dependientes, el inicio de la cobertura de éstos últimos será desde el día siguiente de efectuado el pago del primer aporte que corresponda, con excepción de lo indicado en el numeral 8.3 de la Cláusula Octava de EL CONTRATO.
- 7.3 Es condición para el inicio de la cobertura que EL AFILIADO y/o sus dependientes, no tengan deuda pendiente por atenciones recibidas por cualquiera de los seguros administrados por ESSALUD, caso contrario se aplicará lo señalado en el numeral 16.2 de la Cláusula Décima Sexta de EL CONTRATO.

CLÁUSULA OCTAVA: PERÍODO DE CARENCIA Y ESPERA

PERÍODO DE CARENCIA

- 8.1 El período de carencia es de tres (03) meses, contados desde la fecha de inicio de la cobertura, durante los cuales EL AFILIADO y sus dependientes inscritos, con condiciones asegurables que se indican en el Anexo 1, no podrán gozar de las prestaciones relacionadas con las condiciones asegurables, a excepción de las atenciones por emergencias accidentales y/o médico quirúrgicas y las actividades de promoción y prevención, cubiertas por EL CONTRATO.
- 8.2 En el caso de incorporación de nuevos dependientes, éstos deberán cumplir con el período de carencia de tres (03) meses, contabilizados desde el inicio de sus coberturas, considerando lo señalado en el numeral precedente de EL CONTRATO.
- 8.3 Los hijos de EL AFILIADO, nacidos durante la vigencia de EL CONTRATO, recibirán atención de salud durante los primeros treinta (30) días de nacidos, sin la obligación de efectuar pago alguno por las prestaciones de salud que reciban durante su transcurso, siempre que se incorporen como dependientes dentro del indicado período, aún cuando el parto no fuera cubierto por EL CONTRATO.
Si el nacimiento se produce durante el último período de la cobertura de EL CONTRATO, las prestaciones de salud al neonato se brindarán, como máximo hasta la fecha de cobertura que otorga dicho aporte, salvo que EL CONTRATO sea renovado.
- 8.4 Para el caso de maternidad, la afiliada o la dependiente debe haber iniciado su cobertura con anterioridad al momento de la concepción.

PERÍODO DE ESPERA

- 8.5 EL AFILIADO y sus dependientes tienen período de espera de diez (10) meses, contados desde el inicio de sus respectivas coberturas, para el tratamiento quirúrgico electivo relacionados con:
1. Distopia genital
 2. Paladar hendido
 3. Miomatosis Uterina
 4. Hipertrofia prostática
 5. Cataratas
 6. Glaucoma
 7. Colelitiasis
 8. Hernia inguinal
 9. Hernia Umbilical
- 8.6 EL AFILIADO y sus dependientes tienen período de espera de veinticuatro (24) meses, contados desde el inicio de sus respectivas coberturas, para el tratamiento médico de las siguientes condiciones específicas:
1. Infección por VIH.
 2. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

CLÁUSULA NOVENA: NO APLICACIÓN DEL PERÍODO DE CARENCIA Y ESPERA

- 9.1 Los períodos de carencia y espera no se aplicarán, en los siguientes casos:
1. Cuando se haya renovado EL CONTRATO.
 2. Cuando EL AFILIADO y sus dependientes provengan

del Seguro Regular, Seguro de Salud Agrario, Seguros Potestativos, Beneficiarios de la Ley N° 28518 (Ley de Modalidades Formativas Laborales), Seguro de Salud para Trabajadores Independientes, así como otros seguros administrados por ESSALUD.

- 9.2 Para el cómputo del período de carencia y espera establecidas en la Cláusula Octava, sólo se acumularán los meses declarados o aportados, según corresponda al tipo de seguro del que proviene EL AFILIADO y sus dependientes, inmediatamente anteriores a la suscripción de EL CONTRATO.
Los períodos correspondientes a baja de oficio o inhabilitación de EL AFILIADO no se computarán para los períodos de carencia y espera señalados.
- 9.3 Para la aplicación de la continuidad de las prestaciones a que se refiere la presente cláusula, EL AFILIADO deberá iniciar la cobertura de EL CONTRATO dentro del plazo de treinta (30) días calendario, contabilizados desde:
1. El día siguiente de la fecha de cese del vínculo laboral, resolución del contrato, o baja de inscripción, según corresponda al tipo de seguro, del cual provenga.
 2. El día siguiente de cumplido la mayoría de edad, cuando se trate de un dependiente.
- 9.4 No se aplicará el período de carencia cuando la vigencia de EL CONTRATO se ha iniciado dentro del período de latencia. El período de latencia no será computable para los períodos de espera, señalados en EL CONTRATO.
Si durante el período de latencia las prestaciones por maternidad se encontraban con cobertura, no les será aplicable el período de espera, siempre que EL CONTRATO se inicie antes de la fecha de finalización del período de latencia.
- 9.5 La continuidad a que se refiere la presente cláusula se aplicará para efectos del cálculo de los períodos de carencia y espera, únicamente respecto de las prestaciones contenidas en EL CONTRATO.
- 9.6 Si EL AFILIADO y/o sus dependientes requieren atención médica durante el período comprendido entre el término de la condición anterior y el inicio de vigencia de EL CONTRATO, los Establecimientos de Salud de ESSALUD podrán brindar las prestaciones, aplicando los procedimientos de otorgamiento de prestaciones para no asegurados, facturando a EL AFILIADO el costo de las mismas.
- 9.7 Si EL AFILIADO incorpora a sus hijos como dependientes durante los primeros treinta (30) días de nacidos, para efectos del cálculo de los períodos de carencia y espera, serán computables los meses de aportación realizados por el titular. Asimismo, adquirirán el derecho a la continuidad que el titular haya obtenido.

CLÁUSULA DÉCIMA: APORTES

- 10.1 El pago del aporte otorga cobertura a EL AFILIADO y a sus dependientes por un mes.
- 10.2 El aporte es mensual y el pago debe ser efectuado por adelantado, como máximo hasta el último día hábil de cobertura a que da derecho el pago anterior, salvo el pago del primer aporte, que debe efectuarse dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de suscripción de EL CONTRATO.
- 10.3 EL AFILIADO o su representante legal, pueden realizar pagos de aportes mensuales, trimestrales, semestrales o anuales, de acuerdo con los medios de pago que ESSALUD establezca.
- 10.4 El aporte estipulado en EL CONTRATO, incluyendo los tributos creados o por crearse, serán de cargo de EL AFILIADO y se encuentra señalado en el Anexo 2.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE APORTES

- 11.1 La falta de pago de un aporte mensual, suspende la cobertura establecida en EL CONTRATO, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento, sin necesidad de intimación previa al pago.
- 11.2 Si EL AFILIADO no se encuentra al día en el pago del aporte

y requiera atención médica para él y/o sus dependientes, los Establecimientos de Salud podrán brindar las prestaciones, aplicando los procedimientos de otorgamiento de prestaciones para no asegurados, facturando a EL AFILIADO el costo de las mismas.

- 11.3 La cobertura no puede ser rehabilitada con aportes efectuados con posterioridad a la ocurrencia de la contingencia. Si EL AFILIADO cumple con ponerse al día en el pago del(los) aporte(s), EL AFILIADO y sus dependientes recobrarán el derecho a gozar de la cobertura de EL CONTRATO, a partir del día siguiente de efectuado el(los) pago(s), pero sin efecto retroactivo.
- 11.4 En ningún caso ESSALUD responderá, a través de los Establecimientos de Salud, por contingencias ocurridas, iniciadas, derivadas o a consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que EL AFILIADO y sus dependientes se encontraban sin cobertura, aún cuando la contingencia se prolongue al período en el que EL AFILIADO y/o sus dependientes recobren la cobertura.
- 11.5 La falta de pago de cuatro (04) aportes mensuales consecutivos dará lugar a la resolución automática o de pleno derecho de EL CONTRATO, en aplicación de lo establecido en el numeral 15.1 de EL CONTRATO. De corresponder, podrá afiliarse nuevamente, sometiéndose a lo dispuesto en las CLÁUSULAS Octava y Novena señaladas en EL CONTRATO y demás condiciones.
- 11.6 Si el AFILIADO tiene deuda pendiente por prestaciones de salud que le fueron otorgadas a él o a sus dependientes, cuando se encontraba sin derecho de atención de acuerdo a las condiciones establecidas por EL CONTRATO, tanto él, como sus dependientes no podrán reiniciar su cobertura de salud, hasta el día siguiente de la fecha de cancelación de la obligación pendiente, aún cuando se encontrara al día en el pago de las aportaciones correspondientes.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DEDUCIBLE Y COPAGO

12.1 Deducible ambulatorio en ESSALUD

Para la atención ambulatoria EL AFILIADO y/o sus dependientes abonarán un deducible de S/. 5.00 (Cinco con 00/100 Nuevos Soles) por cada consulta o interconsulta médica y/o odontológica. No están sujetas a deducible la recita o cita de control (a excepción de las odontológicas), las atenciones de emergencias, prestaciones de maternidad y prestaciones preventivo-promocionales. Este pago tampoco se realizará cuando se trate de citas otorgadas a través del proceso de referencia y contrarreferencia.

12.2 Deducible hospitalario en ESSALUD

Ante la eventualidad de una hospitalización, inclusive la derivada de una emergencia, se cancelará el equivalente a un día de habitación, más IGV, según el tarifario del Establecimiento de Salud. Este cobro no se efectuará cuando se trate de prestaciones de maternidad, así como, cuando haya una transferencia a otro Establecimiento de Salud, a través del proceso de referencia y contrarreferencia, y se haya realizado el pago del deducible hospitalario en el Establecimiento de Salud de origen.

12.3 Copago para exámenes y procedimientos en ESSALUD

El copago será equivalente al 10% de los gastos de:

- a) Cinecoronariografía.
- b) Resonancia magnética nuclear.
- c) Resonancia magnética angiográfica.
- d) Angio tomografía espiral multicorte.
- e) Angiografía arterial y venosa.

12.4 Deducibles, copagos en instituciones prestadoras de servicios de salud privados

Los deducibles en atención ambulatoria, hospitalización e intervenciones quirúrgicas, así como los copagos para exámenes y procedimientos de las prestaciones que se otorguen en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privados serán establecidos según la red de clínicas con la que ESSALUD contrate.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: SUBROGACIÓN

En caso de daños ocasionados por terceros responsables, EL AFILIADO se obliga a facilitar y otorgar los documentos necesarios para ejercer el derecho de subrogación de ESSALUD así como a concurrir a las citaciones y demás diligencias de carácter personal requeridas por la Ley para la defensa de los intereses materia de subrogación. EL AFILIADO será responsable ante ESSALUD de cualquier omisión o acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y acciones objeto de la subrogación. En tal caso, el AFILIADO perderá el derecho a la cobertura debiendo devolver las sumas que correspondan a los gastos de las prestaciones brindadas por ESSALUD; más los intereses legales y gastos.

En caso de concurrencia de ESSALUD y EL AFILIADO frente al responsable del siniestro, la reparación que se obtenga se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: LUGARES DE ATENCIÓN

- 14.1 La cobertura se otorgará a EL AFILIADO y/o sus dependientes exclusivamente en los Establecimientos de Salud de ESSALUD y/o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud contratados por ESSALUD.
- 14.2 En caso que la prestación de salud se encuentre fuera de la cobertura de EL CONTRATO, EL AFILIADO y/o sus dependientes deberán abonar el gasto no cubierto por EL CONTRATO, y comunicará a ESSALUD su elección de ser trasladado a un Establecimiento de Salud público o privado.
- 14.3 Para los casos de emergencia, EL AFILIADO y/o sus dependientes, podrán acceder a cualquiera de los Establecimientos de Salud de ESSALUD y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privados contratados por ESSALUD.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESOLUCIÓN DE EL CONTRATO

El presente Contrato se resolverá en las siguientes situaciones:

- 15.1 De forma automática o de pleno derecho, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1430° del Código Civil:
 - a) Si EL AFILIADO incumple con el pago de cuatro (04) aportes mensuales consecutivos.
 - b) En las situaciones descritas en la Cláusula Décima Octava del presente Contrato.En ambos casos, se entenderá que ESSALUD ha cumplido con comunicar la aplicación de este numeral, cuando EL AFILIADO se vea imposibilitado de pagar los aportes ante el ente recaudador, debido al bloqueo en el sistema de recaudación y/o cuando ESSALUD, a través de su página Web, publique que el Contrato ha sido resuelto.
- 15.2 Sin expresión de causa:
 - a) A solicitud de EL AFILIADO o representante legal: lo que se deberá comunicar a ESSALUD a través del Formulario Único de Registro.
 - b) A solicitud de ESSALUD: lo que se deberá comunicar por escrito a EL AFILIADO, con una anticipación no menor de 30 (treinta) días calendario a la resolución del Contrato; sin perjuicio de ello, también se realizará a través de la página Web.
- 15.3 La resolución de EL CONTRATO no da derecho a la devolución de ningún aporte pagado con anterioridad.
- 15.4 Si EL CONTRATO es resuelto por ESSALUD y EL AFILIADO optó por el pago de aportes trimestral, semestral o anual, se devolverá a EL AFILIADO la parte de los aportes no devengados, a prorrata, por el tiempo que falte para el vencimiento de EL CONTRATO.
- 15.5 Si EL CONTRATO es resuelto a solicitud de EL AFILIADO y éste haya optado por el pago de aportes trimestral, semestral o anual, se liquidará el aporte a período corto, por cada mes o fracción de mes de vigencia de EL CONTRATO, de acuerdo con la aplicación de la siguiente

Tabla:

Meses de Seguro	Proporción del Aporte Trimestral	Proporción del Aporte Semestral	Proporción del Aporte Anual
1	40%	30%	25%
2	80%	40%	40%
3	100%	60%	55%
4	----	80%	65%
5	----	100%	75%
6	----	----	80%
7	----	----	85%
8	----	----	90%
9	----	----	95%
10	----	----	100%

Nota: Cualquier fracción del mes se calculará como mes completo.

- 15.6 En caso que EL AFILIADO solicite la resolución de EL CONTRATO, ello no afectará a la atención originada durante su vigencia, suspendiéndose el beneficio en la forma siguiente:
- En caso de encontrarse hospitalizado, al término de ésta.
 - En caso de gastos ambulatorios, a partir de la fecha de resolución de EL CONTRATO.
- 15.7 ESSALUD se reserva el derecho de iniciar las acciones legales correspondientes que se deriven de la aplicación de la presente Cláusula.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: FALSEDAD DE INFORMACIÓN Y DEUDAS

- 16.1 EL AFILIADO declara a la suscripción de EL CONTRATO, no tener deudas pendientes por prestaciones de salud recibidas en ESSALUD con anterioridad a la suscripción de EL CONTRATO.
- 16.2 EL CONTRATO deviene en nulo cuando se compruebe que EL AFILIADO hubiese incurrido en cualquier declaración falsa o inexacta, asimismo, en caso de omisión, ocultación, reticencia o disimulación de hechos o circunstancias en la información proporcionada por EL AFILIADO o su representante legal, así como el uso fraudulento de los beneficios que otorga EL CONTRATO, debiendo EL AFILIADO, reembolsar el íntegro de las prestaciones que se hayan otorgado indebidamente y los demás conceptos que correspondan.
- 16.3 En los casos mencionados anteriormente, ESSALUD comunicará por escrito su decisión de dejar sin efecto EL CONTRATO mediante comunicación a EL AFILIADO, sin perjuicio de también realizarla a través de la página Web.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

- 17.1 EL CONTRATO finaliza cuando EL AFILIADO fallece. En este supuesto, ESSALUD continuará otorgando las prestaciones a los dependientes hasta la fecha de cobertura que da derecho el aporte previo al fallecimiento de EL AFILIADO. Si se optó por el pago anual, las prestaciones serán hasta la fecha que da derecho el aporte mensual previo al fallecimiento.
- 17.2 Al finalizar la vigencia de EL CONTRATO, siempre que no sea renovada.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: RECLAMACIÓN FRAUDULENTE

ESSALUD quedará relevada de toda responsabilidad y EL AFILIADO y/o sus dependientes inscritos perderán todo derecho y se resolverá EL CONTRATO en las siguientes situaciones:

- Si EL AFILIADO y/o sus dependientes inscritos presentan una reclamación fraudulenta o engañosa, o apoyada en declaraciones falsas.
- Si en cualquier tiempo EL AFILIADO y/o sus dependientes inscritos o terceras personas que obren por cuenta de EL AFILIADO o

con su consentimiento, empleen medios o documentos falsos o adulterados para sustentar una reclamación o para obtener beneficios de la cobertura otorgada por EL CONTRATO.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: PLAZO DE EL CONTRATO

- 19.1 El plazo de vigencia de EL CONTRATO es de un (01) año, contado a partir de la fecha de inicio de cobertura a que se refiere el numeral 7.1 de la Cláusula Séptima de EL CONTRATO, pudiendo ser renovado cada año.
- 19.2 Para la renovación de EL CONTRATO, EL AFILIADO deberá acercarse a los lugares que establezca ESSALUD, antes del vencimiento de la cobertura que otorga el pago del último aporte (aporte N° 12).
- 19.3 Para efectivizarse la renovación de EL CONTRATO, EL AFILIADO deberá efectuar el pago correspondiente al primer aporte por la renovación del contrato, antes del vencimiento de la cobertura señalada en el numeral 19.2.
- 19.4 A la renovación de EL CONTRATO o cuando lo considere necesario, ESSALUD podrá establecer modificaciones de sus condiciones, coberturas y reajustes en los aportes. En caso hubiera modificaciones en la cobertura, para el cómputo del período de carencia y espera, se acumularán los meses aportados inmediatos anteriores a la suscripción del nuevo contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: INCOMPATIBILIDAD CON OTROS SEGUROS ADMINISTRADOS POR ESSALUD

- 20.1 En caso EL AFILIADO y sus dependientes se encuentren afiliados a cualquier otro Seguro Potestativo administrado por ESSALUD (EsSalud Personal-Familiar, EsSalud Independiente, Plan Protección Vital y Plan Protección Total), EL AFILIADO o su representante legal, declaran y aceptan que con la suscripción de EL CONTRATO se resuelve en forma automática cualquier otro contrato potestativo que tenga suscrito con ESSALUD.
- 20.2 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, EL CONTRATO quedará sin efecto.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: INSTRUMENTOS

Forman parte del presente contrato:

- Formulario 1010 (Formulario Único de Registro), debidamente llenado.
- Anexo 1: Lista de Condiciones Asegurables con Período de Carencia.
- Anexo 2: Tabla de Aportes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: DOMICILIO, JURISDICCIÓN Y LEY APLICABLE

- 22.1 Las partes señalan como domicilio el que aparece en el Formulario Único de Registro, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones o notificaciones vinculadas a EL CONTRATO. EL AFILIADO es responsable de comunicar oportunamente la variación del domicilio, mediante el formulario indicado.
- 22.2 Ambas partes acuerdan que toda desavenencia o controversia que pudiera derivarse de EL CONTRATO o como consecuencia del mismo, serán resueltas a través de una conciliación. En caso que mediante este medio no se llegue a un acuerdo definitivo, ambas partes resolverán la controversia subsistente de forma definitiva, mediante proceso y Laudo arbitral de derecho, definitivo e inapelable, de conformidad con la Ley de Arbitraje y su Reglamento.
- 22.3 EL CONTRATO se rige por las leyes aplicables en la República del Perú.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: CESIÓN

- 23.1 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 consiente y autoriza expresamente por anticipado las citadas cesiones.

- 23.2 Producida la cesión correspondiente, el respectivo cesionario tendrá 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.
- 23.3 EL AFILIADO no podrá ceder todo o parte de sus derechos u obligaciones de EL CONTRATO, salvo acuerdo expreso y por escrito de ESSALUD.

Firma de EL AFILIADO o
Representante Legal

Apellidos y Nombres de EL AFILIADO:

.....

Apellidos y Nombres del REPRESENTANTE LEGAL:

.....

Fecha: / /



Bertha Díaz Reátegui
Gerente de Plataforma de
Aseguramiento



Ciro Alberto Cayturo Soto
Subgerente de Atención al
Cliente

CONTRATO DE SEGURO DE SALUD PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

ANEXO 1: LISTA DE CONDICIONES ASEGURABLES CON PERÍODO DE CARENANCIA

CONDICIONES GINECOLÓGICAS

- Vulvovaginitis.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Enfermedades benignas de mama.
- Menopausia.
- Hemorragia uterina post menopáusica.

CONDICIONES QUE AFECTAN AL MENOR DE 12 AÑOS

- Displasia congénita de cadera.

TUMORES DEL APARATO GENITAL FEMENINO

- Cáncer de cuello uterino/ Displasia cervical.
- Cáncer de mama.

OTROS TUMORES

- Neoplasia de colon.
- Neoplasia de estómago.
- Neoplasia de próstata.
- Tumores benignos lipomatosos.

CONDICIONES TRANSMISIBLES

- Infección Respiratoria Aguda
- Neumonía extra hospitalaria
- Tuberculosis pulmonar
- Tuberculosis extra pulmonar
- Tuberculosis con complicaciones
- Tuberculosis multidrogorresistente
- Enfermedad diarreica
- Parasitosis intestinal
- Infección urinaria baja
- Infección urinaria alta
- Enfermedades de transmisión sexual
- Malaria
- Bartonelosis
- Dengue Clásico
- Dengue Hemorrágico
- Tripanosomiasis
- Leishmaniosis
- Peste
- Fiebre Amarilla
- Rabia
- Quiste hidatídico
- Lepra
- Infecciones cutáneas bacterianas
- Infestaciones de piel y anexos
- Micosis cutánea
- Absceso cutáneo/ carbunco
- Varicela
- Brucelosis
- Hepatitis
- Conjuntivitis
- Blefaritis, orzuelo y chalazión
- Caries, pulpitis, gingivitis
- Otras infecciones virales
- Otitis Externa

CONDICIONES MENTALES

- Esquizofrenia
- Ansiedad
- Depresión
- Alcoholismo

CONDICIONES CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS

- Asma Bronquial
- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus no complicada
- Hipertiroidismo e Hipotiroidismo
- Hiperlipidemia/Dislipidemias
- Obesidad
- Trastornos de la refracción
- Osteoporosis
- Osteoartritis
- Artritis reumatoidea
- Enfermedad de los discos vertebrales
- Enfermedad de Parkinson
- Epilepsia
- Desnutrición
- Anemia nutricional
- Rinitis alérgica
- Bronquitis crónica
- Otras alteraciones dentales
- Trastornos del esófago
- Otras enfermedades intestinales no infecciosas
- Dermatitis y afecciones de la piel
- Personas con riesgo potenciales para su salud y que requieren investigación y exámenes

CONDICIONES AGUDAS

- Fiebre de origen desconocido (FOD)
- Síntomas y signos de enfermedades

ANEXO 2: TABLA DE APORTES

	TITULAR	Titular y 1 dependiente	Titular y 2 dependientes	Titular y 3 dependientes o más
Afiliación individual	S/. 64	S/. 114	S/. 169	S/. 228

Las primas incluyen IGV.

CONTRATO DE SEGURO DE SALUD PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLÁUSULA PRIMERA: GENERALIDADES

- 1.1 El Seguro Social de Salud, quien en adelante será denominado ESSALUD, otorga al afiliado titular, en adelante EL AFILIADO y a sus dependientes debidamente inscritos en este Plan de Salud, cobertura de salud en las condiciones que se establecen en el presente contrato, denominado 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, así como 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. Así como por la Ley N° 26790 Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, sus normas reglamentarias y modificatorias, en lo que corresponda.
- 1.3 EL CONTRATO es otorgado por ESSALUD sobre la base de las declaraciones efectuadas por EL AFILIADO en el Formulario Único de Registro.
- 1.4 La cobertura de EL CONTRATO está comprendida en el régimen de financiamiento contributivo a 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, establecidos por la Ley en mención.
- 1.5 El asegurado del Seguro Regular y Seguro de Salud Agrario que administra ESSALUD, no podrá contratar la cobertura establecida en EL CONTRATO.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES

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

- 2.1 **Accidente**, es toda lesión corporal producida por la acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.
- 2.2 **Acreditación**, es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir EL AFILIADO y sus dependientes para tener derecho de cobertura.
- 2.3 **Afiliado Titular**, es la persona natural registrada ante ESSALUD que en virtud al contrato del seguro EsSalud Independiente tiene derecho a la cobertura de salud establecida en dicho contrato.
- 2.4 **Aporte**, es la retribución que debe ser abonada por EL AFILIADO, en contraprestación del Plan de Salud contratado.
- 2.5 **Cobertura**, es la lista de las condiciones asegurables a las cuales EL AFILIADO y sus dependientes tendrán acceso en los Establecimientos de Salud. Comprende la lista de condiciones asegurables del PEAS, así como otras prestaciones adicionales al PEAS.
- 2.6 **Condiciones asegurables**, son los estados de salud que se buscan mantener o recuperar, a través de la cobertura contratada por EL AFILIADO.
- 2.7 **Copago y/o Deducible**, son los costos enfrentados o compartidos por EL AFILIADO (titular o sus dependientes) en la forma de una cantidad fija o proporción a ser pagada por cada atención o procedimiento.
- 2.8 **Continuidad de cobertura**, es el beneficio que permite a EL AFILIADO y/o dependientes de los diferentes seguros que administra ESSALUD, acceder a la cobertura contratada, sin aplicación del período de carencia, siempre que cumpla con las condiciones correspondientes.
- 2.9 **Consulta externa**, comprende un conjunto de actividades médicas y no médicas, que permiten otorgar servicios de promoción, protección específica, diagnóstico y tratamiento de procesos mórbidos.
- 2.10 **Derecho de cobertura**, es el derecho de EL AFILIADO y sus dependientes a acceder a la cobertura establecida en EL CONTRATO, dentro del territorio nacional.
- 2.11 **Dependientes**, son las siguientes personas inscritas por EL AFILIADO: (i) cónyuge o concubino(a); (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.
- 2.12 **Emergencia**, es 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.
- 2.13 **Exclusiones**, es el conjunto de atenciones de salud no cubiertas por EL CONTRATO.
- 2.14 **Establecimientos de Salud**, son los Centros Asistenciales de ESSALUD y Centros de Atención autorizados por ESSALUD, para prestar servicios que otorgarán las prestaciones de salud a EL AFILIADO y sus dependientes.
- 2.15 **Formulario Único de Registro**, es la ficha de registro mediante la cual se inscribe a EL AFILIADO y sus dependientes en ESSALUD.
- 2.16 **Interconsulta**, corresponde al procedimiento asistencial-administrativo mediante el cual, el médico tratante, solicita una evaluación especializada a un profesional de la salud para EL AFILIADO y/o sus dependientes.
- 2.17 **Página Web**, A la página Web institucional de ESSALUD: www.essalud.gob.pe
- 2.18 **Pago de Aportes**, Al pago que debe realizar el AFILIADO y sus dependientes ante ESSALUD.
- 2.19 **Período de carencia**, es el período durante el cual EL AFILIADO y sus dependientes no gozan de las prestaciones relacionadas con las condiciones asegurables señaladas en el Anexo 1, excepto las atenciones por emergencias y las actividades de promoción y prevención.
- 2.20 **Período de espera**, es el período durante el cual EL AFILIADO y sus dependientes no podrán acceder a algunas de las prestaciones contenidas en EL CONTRATO.
- 2.21 **Preexistencia**, es cualquier condición de alteración del estado de salud de EL AFILIADO y sus dependientes, diagnosticada por un profesional médico colegiado, no resuelta y declarada en el Formulario Único de Registro por EL AFILIADO.
- 2.22 **Proceso de Referencia**, es el procedimiento asistencial-administrativo mediante el cual el médico tratante, traslada la responsabilidad del manejo médico y/o ayuda al diagnóstico de EL AFILIADO y/o dependiente, por un motivo específico, a otro Establecimiento de Salud.
- 2.23 **Proceso de Contrarreferencia**, es el procedimiento asistencial-administrativo mediante el cual el médico tratante retorna la responsabilidad del manejo médico y/o ayuda al diagnóstico de EL AFILIADO y/o dependientes a su Establecimiento de Salud de origen, cuando está en condiciones de ser atendido en el mismo.
- 2.24 **Renovación de Contrato**, es el procedimiento mediante el cual EL AFILIADO manifiesta su voluntad de suscribir un nuevo contrato, para lo cual deberá efectuar el pago del aporte correspondiente, antes de la culminación de la cobertura que otorga el pago del último aporte de EL CONTRATO anterior.
- 2.25 **Representante legal**, es la persona facultada para actuar en representación de EL AFILIADO.

CLÁUSULA TERCERA: AFILIADO Y DEPENDIENTES

EL CONTRATO cubre a los siguientes beneficiarios inscritos en ESSALUD de acuerdo con los procedimientos correspondientes:

- 3.1 A EL AFILIADO.
- 3.2 Al cónyuge o concubino(a) inscrito(a) como dependiente de EL

AFILIADO.

- 3.3 A los hijos(as) menores de edad de EL AFILIADO, debidamente inscritos como dependientes.
- 3.4 A los hijos(as) mayores de edad de EL AFILIADO, incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, inscritos como dependientes. En este caso, EL AFILIADO deberá presentar la Resolución Directoral de Incapacidad, otorgada por ESSALUD. El costo de la evaluación médica, será asumido por EL AFILIADO.

CLÁUSULA CUARTA: INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE DEPENDIENTES

- 4.1 EL AFILIADO o su representante legal, podrán en cualquier momento, incorporar o excluir dependientes, utilizando para tal efecto el Formulario Único de Registro, debiendo realizarse la modificación en los lugares que ESSALUD establezca. La inclusión o exclusión modificará el monto del aporte de EL CONTRATO.
- 4.2 En caso de la exclusión de dependientes, su cobertura sólo será brindada hasta el momento de la exclusión. En caso existiera atenciones posteriores en Establecimientos de Salud, las prestaciones serán valorizadas y facturadas a nombre de EL AFILIADO, excepto, aquellos actos médicos programados con anterioridad a la exclusión.
- 4.3 Los dependientes que cumplan la mayoría de edad durante la vigencia de EL CONTRATO, permanecerán bajo dicha condición hasta la finalización de la cobertura que da derecho el pago del aporte previo que corresponda, anterior al cumplimiento de la mayoría de edad.

CLÁUSULA QUINTA: COBERTURA Y OTROS SERVICIOS

- 5.1 ESSALUD otorgará a EL AFILIADO y/o sus dependientes debidamente inscritos, según corresponda, la cobertura contratada, que comprende las siguientes prestaciones:
- Prestaciones preventivas, promocionales, de recuperación y rehabilitación que se indican en el PEAS a que se refiere el Anexo del Decreto Supremo N° 016-2009-SA.
 - Otras prestaciones recuperativas adicionales señaladas en la "Lista de Condiciones Asegurables que cobertura el Seguro de Salud para Trabajadores Independientes", publicada en la página Web.
- 5.2 Medicinas contenidas en el petitorio farmacológico e insumos médicos cubiertos por EL CONTRATO.
- 5.3 Otros servicios:
- Acceso al servicio de ESSALUD en línea.
 - Servicio de Transporte Asistido de Emergencia (STAE).
- 5.4 EL AFILIADO declara conocer la cobertura de EL CONTRATO, publicada en el portal web institucional de ESSALUD: www.essalud.gob.pe.

CLÁUSULA SEXTA: EXCLUSIONES

- 6.1 Las condiciones asegurables no detalladas en la "Lista de Condiciones Asegurables que cobertura el Seguro de Salud para Trabajadores Independientes".
- 6.2 Asimismo, no cubre:
- Todo procedimiento o terapia que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del paciente, de naturaleza cosmética, estética o suntuaria:
 - Cirugías Electivas no recuperativas ni rehabilitadoras del paciente:
 - Cirugía plástica
 - Odontología estética
 - Tratamientos de periodoncia y ortodoncia
 - Curas de reposo o de sueño
 - Lentes de contacto
 - Toda lesión o secuela derivada de intento de suicidio y/o lesiones autoinfligidas.
- 6.3 Las exclusiones y gastos no cubiertos se extienden a:
- Acceso a los Centros de Rehabilitación Profesional

(CERP).

- Acceso a los Centros del Adulto Mayor (CAM).
- Acceso al Programa de Asistencia Domiciliaria (PADOMI).
- Accidentes sufridos en estado de embriaguez o drogadicción. Se considera que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5 g/l de alcohol en la sangre, según certificado de dosaje etílico o el grado de alcoholemia que establezca la norma vigente al momento del accidente.
- Atenciones y/o exámenes fuera del país.
- Enfermedades oncológicas, excepto las incluidas en la cobertura de EL CONTRATO.
- Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.
- Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos, excepto las incluidas en la cobertura de EL CONTRATO.
- Exoprótesis y/o zapatos ortopédicos y prótesis no quirúrgicas, así como frenillos, aparatos auditivos, equipos mecánicos o electrónicos u otros.
- Lesiones o secuelas derivadas de accidentes de trabajo y accidentes de tránsito.
- Enfermedades profesionales, y sus secuelas o complicaciones.
- Lesiones o secuelas derivadas de accidentes ocasionados por la práctica de deportes de alto riesgo (práctica y/o carreras de automovilismo, motociclismo, alas delta, paracaidismo, escalamiento de montaña, parapente, vuelo libre, carrera de caballos, cacería mayor u otras actividades deportivas riesgosas).
- 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, participación en actos delictivos o criminales, contaminación nuclear.
- Prestaciones económicas (subsidio por incapacidad temporal para el trabajo, subsidio por maternidad, subsidio por lactancia y prestación por sepelio).
- Medicamentos contenidos fuera del petitorio farmacológico de la cobertura de EL CONTRATO.
- Procedimientos y servicios que no se brindan en la cobertura de EL CONTRATO.
- Procedimiento terapéutico de cámara hiperbárica y litotricia.
- Toda enfermedad, lesión y/o defecto adquirido con anterioridad y/o preexistente que no esté dentro de la cobertura de EL CONTRATO. En ningún caso una preexistencia incluida en la cobertura, será pasible de exclusión. La declaración de enfermedad preexistente es obligatoria por parte de EL AFILIADO al momento de la afiliación.
- Trasplante de órganos y tejidos.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de drogas o sustancias psicoactivas, excepto las siguientes condiciones: Esquizofrenia, ansiedad, depresión y alcoholismo.
- Tratamiento por fertilización, o inseminación artificial, o esterilidad o implantación de embriones in vitro, ginecomastía o mastoplastia, cambio de sexo o tratamiento por disfunción eréctil.
- Tratamiento u operaciones por obesidad, excepto el tratamiento médico de la obesidad secundaria a enfermedad endocrina.
- Vacunas o inmunizaciones no incluidas en el programa nacional de inmunización del Ministerio de Salud (MINSA).

CLÁUSULA SÉTIMA: INICIO DE COBERTURA

- 7.1 La fecha de inicio de cobertura para EL AFILIADO y sus dependientes inscritos se activa desde el día siguiente de

efectuado el pago del primer aporte por EL AFILIADO.

- 7.2 Si con posterioridad EL AFILIADO incluye a otros dependientes, el inicio de la cobertura de éstos últimos será desde el día siguiente de efectuado el pago del primer aporte que corresponda, con excepción de lo indicado en el numeral 8.3 de la Cláusula Octava de EL CONTRATO.
- 7.3 Es condición para el inicio de la cobertura que EL AFILIADO y/o sus dependientes, no tengan deuda pendiente por atenciones recibidas por cualquiera de los seguros administrados por ESSALUD, caso contrario se aplicará lo señalado en el numeral 16.2 de la Cláusula Décima Sexta de EL CONTRATO.

CLÁUSULA OCTAVA: PERÍODO DE CARENCIA Y ESPERA

PERÍODO DE CARENCIA

- 8.1 El período de carencia es de tres (03) meses, contados desde la fecha de inicio de la cobertura, durante los cuales EL AFILIADO y sus dependientes inscritos, con condiciones asegurables que se indican en el Anexo 1, no podrán gozar de las prestaciones relacionadas con las condiciones asegurables, a excepción de las atenciones por emergencias accidentales y/o médico quirúrgicas y las actividades de promoción y prevención, cubiertas por EL CONTRATO.
- 8.2 En el caso de incorporación de nuevos dependientes, éstos deberán cumplir con el período de carencia de tres (03) meses, contabilizados desde el inicio de sus coberturas, considerando lo señalado en el numeral precedente de EL CONTRATO.
- 8.3 Los hijos de EL AFILIADO, nacidos durante la vigencia de EL CONTRATO, recibirán atención de salud durante los primeros treinta (30) días de nacidos, sin la obligación de efectuar pago alguno por las prestaciones de salud que reciban durante su transcurso, siempre que se incorporen como dependientes dentro del indicado período, aún cuando el parto no fuera cubierto por EL CONTRATO.
Si el nacimiento se produce durante el último período de la cobertura de EL CONTRATO, las prestaciones de salud al neonato se brindarán, como máximo hasta la fecha de cobertura que otorga dicho aporte, salvo que EL CONTRATO sea renovado.
- 8.4 Para el caso de maternidad, la afiliada o la dependiente debe haber iniciado su cobertura con anterioridad al momento de la concepción.

PERÍODO DE ESPERA

- 8.5 EL AFILIADO y sus dependientes tienen período de espera de diez (10) meses, contados desde el inicio de sus respectivas coberturas, para el tratamiento quirúrgico electivo relacionados con:
1. Distopia genital
 2. Paladar hendido
 3. Miomatosis Uterina
 4. Hipertrofia prostática
 5. Cataratas
 6. Glaucoma
 7. Colelitiasis
 8. Hernia inguinal
 9. Hernia Umbilical
- 8.6 EL AFILIADO y sus dependientes tienen período de espera de veinticuatro (24) meses, contados desde el inicio de sus respectivas coberturas, para el tratamiento médico de las siguientes condiciones específicas:
1. Infección por VIH.
 2. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

CLÁUSULA NOVENA: NO APLICACIÓN DEL PERÍODO DE CARENCIA Y ESPERA

- 9.1 Los períodos de carencia y espera no se aplicarán, en los siguientes casos:
1. Cuando se haya renovado EL CONTRATO.
 2. Cuando EL AFILIADO y sus dependientes provengan

del Seguro Regular, Seguro de Salud Agrario, Seguros Potestativos, Beneficiarios de la Ley N° 28518 (Ley de Modalidades Formativas Laborales), Seguro de Salud para Trabajadores Independientes, así como otros seguros administrados por ESSALUD.

- 9.2 Para el cómputo del período de carencia y espera establecidas en la Cláusula Octava, sólo se acumularán los meses declarados o aportados, según corresponda al tipo de seguro del que proviene EL AFILIADO y sus dependientes, inmediatamente anteriores a la suscripción de EL CONTRATO.
Los períodos correspondientes a baja de oficio o inhabilitación de EL AFILIADO no se computarán para los períodos de carencia y espera señalados.
- 9.3 Para la aplicación de la continuidad de las prestaciones a que se refiere la presente cláusula, EL AFILIADO deberá iniciar la cobertura de EL CONTRATO dentro del plazo de treinta (30) días calendario, contabilizados desde:
1. El día siguiente de la fecha de cese del vínculo laboral, resolución del contrato, o baja de inscripción, según corresponda al tipo de seguro, del cual provenga.
 2. El día siguiente de cumplido la mayoría de edad, cuando se trate de un dependiente.
- 9.4 No se aplicará el período de carencia cuando la vigencia de EL CONTRATO se ha iniciado dentro del período de latencia. El período de latencia no será computable para los períodos de espera, señalados en EL CONTRATO.
Si durante el período de latencia las prestaciones por maternidad se encontraban con cobertura, no les será aplicable el período de espera, siempre que EL CONTRATO se inicie antes de la fecha de finalización del período de latencia.
- 9.5 La continuidad a que se refiere la presente cláusula se aplicará para efectos del cálculo de los períodos de carencia y espera, únicamente respecto de las prestaciones contenidas en EL CONTRATO.
- 9.6 Si EL AFILIADO y/o sus dependientes requieren atención médica durante el período comprendido entre el término de la condición anterior y el inicio de vigencia de EL CONTRATO, los Establecimientos de Salud de ESSALUD podrán brindar las prestaciones, aplicando los procedimientos de otorgamiento de prestaciones para no asegurados, facturando a EL AFILIADO el costo de las mismas.
- 9.7 Si EL AFILIADO incorpora a sus hijos como dependientes durante los primeros treinta (30) días de nacidos, para efectos del cálculo de los períodos de carencia y espera, serán computables los meses de aportación realizados por el titular. Asimismo, adquirirán el derecho a la continuidad que el titular haya obtenido.

CLÁUSULA DÉCIMA: APORTES

- 10.1 El pago del aporte otorga cobertura a EL AFILIADO y a sus dependientes por un mes.
- 10.2 El aporte es mensual y el pago debe ser efectuado por adelantado, como máximo hasta el último día hábil de cobertura a que da derecho el pago anterior, salvo el pago del primer aporte, que debe efectuarse dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de suscripción de EL CONTRATO.
- 10.3 EL AFILIADO o su representante legal, pueden realizar pagos de aportes mensuales, trimestrales, semestrales o anuales, de acuerdo con los medios de pago que ESSALUD establezca.
- 10.4 El aporte estipulado en EL CONTRATO, incluyendo los tributos creados o por crearse, serán de cargo de EL AFILIADO y se encuentra señalado en el Anexo 2.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE APORTES

- 11.1 La falta de pago de un aporte mensual, suspende la cobertura establecida en EL CONTRATO, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento, sin necesidad de intimación previa al pago.
- 11.2 Si EL AFILIADO no se encuentra al día en el pago del aporte

y requiera atención médica para él y/o sus dependientes, los Establecimientos de Salud podrán brindar las prestaciones, aplicando los procedimientos de otorgamiento de prestaciones para no asegurados, facturando a EL AFILIADO el costo de las mismas.

- 11.3 La cobertura no puede ser rehabilitada con aportes efectuados con posterioridad a la ocurrencia de la contingencia. Si EL AFILIADO cumple con ponerse al día en el pago del(los) aporte(s), EL AFILIADO y sus dependientes recobrarán el derecho a gozar de la cobertura de EL CONTRATO, a partir del día siguiente de efectuado el(los) pago(s), pero sin efecto retroactivo.
- 11.4 En ningún caso ESSALUD responderá, a través de los Establecimientos de Salud, por contingencias ocurridas, iniciadas, derivadas o a consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que EL AFILIADO y sus dependientes se encontraban sin cobertura, aún cuando la contingencia se prolongue al período en el que EL AFILIADO y/o sus dependientes recobren la cobertura.
- 11.5 La falta de pago de cuatro (04) aportes mensuales consecutivos dará lugar a la resolución automática o de pleno derecho de EL CONTRATO, en aplicación de lo establecido en el numeral 15.1 de EL CONTRATO. De corresponder, podrá afiliarse nuevamente, sometiéndose a lo dispuesto en las CLÁUSULAS Octava y Novena señaladas en EL CONTRATO y demás condiciones.
- 11.6 Si el AFILIADO tiene deuda pendiente por prestaciones de salud que le fueron otorgadas a él o a sus dependientes, cuando se encontraba sin derecho de atención de acuerdo a las condiciones establecidas por EL CONTRATO, tanto él, como sus dependientes no podrán reiniciar su cobertura de salud, hasta el día siguiente de la fecha de cancelación de la obligación pendiente, aún cuando se encontrara al día en el pago de las aportaciones correspondientes.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DEDUCIBLE Y COPAGO

12.1 Deducible ambulatorio en ESSALUD

Para la atención ambulatoria EL AFILIADO y/o sus dependientes abonarán un deducible de S/. 5.00 (Cinco con 00/100 Nuevos Soles) por cada consulta o interconsulta médica y/o odontológica. No están sujetas a deducible la recita o cita de control (a excepción de las odontológicas), las atenciones de emergencias, prestaciones de maternidad y prestaciones preventivo-promocionales. Este pago tampoco se realizará cuando se trate de citas otorgadas a través del proceso de referencia y contrarreferencia.

12.2 Deducible hospitalario en ESSALUD

Ante la eventualidad de una hospitalización, inclusive la derivada de una emergencia, se cancelará el equivalente a un día de habitación, más IGV, según el tarifario del Establecimiento de Salud. Este cobro no se efectuará cuando se trate de prestaciones de maternidad, así como, cuando haya una transferencia a otro Establecimiento de Salud, a través del proceso de referencia y contrarreferencia, y se haya realizado el pago del deducible hospitalario en el Establecimiento de Salud de origen.

12.3 Copago para exámenes y procedimientos en ESSALUD

El copago será equivalente al 10% de los gastos de:

- Cinecoronariografía.
- Resonancia magnética nuclear.
- Resonancia magnética angiográfica.
- Angio tomografía espiral multicorte.
- Angiografía arterial y venosa.

12.4 Deducibles, copagos en instituciones prestadoras de servicios de salud privados

Los deducibles en atención ambulatoria, hospitalización e intervenciones quirúrgicas, así como los copagos para exámenes y procedimientos de las prestaciones que se otorguen en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privados serán establecidos según la red de clínicas con la que ESSALUD contrate.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: SUBROGACIÓN

En caso de daños ocasionados por terceros responsables, EL AFILIADO se obliga a facilitar y otorgar los documentos necesarios para ejercer el derecho de subrogación de ESSALUD así como a concurrir a las citaciones y demás diligencias de carácter personal requeridas por la Ley para la defensa de los intereses materia de subrogación. EL AFILIADO será responsable ante ESSALUD de cualquier omisión o acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y acciones objeto de la subrogación. En tal caso, el AFILIADO perderá el derecho a la cobertura debiendo devolver las sumas que correspondan a los gastos de las prestaciones brindadas por ESSALUD; más los intereses legales y gastos.

En caso de concurrencia de ESSALUD y EL AFILIADO frente al responsable del siniestro, la reparación que se obtenga se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: LUGARES DE ATENCIÓN

- 14.1 La cobertura se otorgará a EL AFILIADO y/o sus dependientes exclusivamente en los Establecimientos de Salud de ESSALUD y/o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud contratados por ESSALUD.
- 14.2 En caso que la prestación de salud se encuentre fuera de la cobertura de EL CONTRATO, EL AFILIADO y/o sus dependientes deberán abonar el gasto no cubierto por EL CONTRATO, y comunicará a ESSALUD su elección de ser trasladado a un Establecimiento de Salud público o privado.
- 14.3 Para los casos de emergencia, EL AFILIADO y/o sus dependientes, podrán acceder a cualquiera de los Establecimientos de Salud de ESSALUD y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privados contratados por ESSALUD.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESOLUCIÓN DE EL CONTRATO

El presente Contrato se resolverá en las siguientes situaciones:

- 15.1 De forma automática o de pleno derecho, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1430° del Código Civil:
- Si EL AFILIADO incumple con el pago de cuatro (04) aportes mensuales consecutivos.
 - En las situaciones descritas en la Cláusula Décima Octava del presente Contrato.
- En ambos casos, se entenderá que ESSALUD ha cumplido con comunicar la aplicación de este numeral, cuando EL AFILIADO se vea imposibilitado de pagar los aportes ante el ente recaudador, debido al bloqueo en el sistema de recaudación y/o cuando ESSALUD, a través de su página Web, publique que el Contrato ha sido resuelto.
- 15.2 Sin expresión de causa:
- A solicitud de EL AFILIADO o representante legal: lo que se deberá comunicar a ESSALUD a través del Formulario Único de Registro.
 - A solicitud de ESSALUD: lo que se deberá comunicar por escrito a EL AFILIADO, con una anticipación no menor de 30 (treinta) días calendario a la resolución del Contrato; sin perjuicio de ello, también se realizará a través de la página Web.
- 15.3 La resolución de EL CONTRATO no da derecho a la devolución de ningún aporte pagado con anterioridad.
- 15.4 Si EL CONTRATO es resuelto por ESSALUD y EL AFILIADO optó por el pago de aportes trimestral, semestral o anual, se devolverá a EL AFILIADO la parte de los aportes no devengados, a prorrata, por el tiempo que falte para el vencimiento de EL CONTRATO.
- 15.5 Si EL CONTRATO es resuelto a solicitud de EL AFILIADO y éste haya optado por el pago de aportes trimestral, semestral o anual, se liquidará el aporte a período corto, por cada mes o fracción de mes de vigencia de EL CONTRATO, de acuerdo con la aplicación de la siguiente

Tabla:

Meses de Seguro	Proporción del Aporte Trimestral	Proporción del Aporte Semestral	Proporción del Aporte Anual
1	40%	30%	25%
2	80%	40%	40%
3	100%	60%	55%
4	----	80%	65%
5	----	100%	75%
6	----	----	80%
7	----	----	85%
8	----	----	90%
9	----	----	95%
10	----	----	100%

Nota: Cualquier fracción del mes se calculará como mes completo.

- 15.6 En caso que EL AFILIADO solicite la resolución de EL CONTRATO, ello no afectará a la atención originada durante su vigencia, suspendiéndose el beneficio en la forma siguiente:
- En caso de encontrarse hospitalizado, al término de ésta.
 - En caso de gastos ambulatorios, a partir de la fecha de resolución de EL CONTRATO.
- 15.7 ESSALUD se reserva el derecho de iniciar las acciones legales correspondientes que se deriven de la aplicación de la presente Cláusula.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: FALSEDADE DE INFORMACIÓN Y DEUDAS

- 16.1 EL AFILIADO declara a la suscripción de EL CONTRATO, no tener deudas pendientes por prestaciones de salud recibidas en ESSALUD con anterioridad a la suscripción de EL CONTRATO.
- 16.2 EL CONTRATO deviene en nulo cuando se compruebe que EL AFILIADO hubiese incurrido en cualquier declaración falsa o inexacta, asimismo, en caso de omisión, ocultación, reticencia o disimulación de hechos o circunstancias en la información proporcionada por EL AFILIADO o su representante legal, así como el uso fraudulento de los beneficios que otorga EL CONTRATO, debiendo EL AFILIADO, reembolsar el íntegro de las prestaciones que se hayan otorgado indebidamente y los demás conceptos que correspondan.
- 16.3 En los casos mencionados anteriormente, ESSALUD comunicará por escrito su decisión de dejar sin efecto EL CONTRATO mediante comunicación a EL AFILIADO, sin perjuicio de también realizarla a través de la página Web.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

- 17.1 EL CONTRATO finaliza cuando EL AFILIADO fallece. En este supuesto, ESSALUD continuará otorgando las prestaciones a los dependientes hasta la fecha de cobertura que da derecho el aporte previo al fallecimiento de EL AFILIADO. Si se optó por el pago anual, las prestaciones serán hasta la fecha que da derecho el aporte mensual previo al fallecimiento.
- 17.2 Al finalizar la vigencia de EL CONTRATO, siempre que no sea renovada.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: RECLAMACIÓN FRAUDULENTE

ESSALUD quedará relevada de toda responsabilidad y EL AFILIADO y/o sus dependientes inscritos perderán todo derecho y se resolverá EL CONTRATO en las siguientes situaciones:

- Si EL AFILIADO y/o sus dependientes inscritos presentan una reclamación fraudulenta o engañosa, o apoyada en declaraciones falsas.
- Si en cualquier tiempo EL AFILIADO y/o sus dependientes inscritos o terceras personas que obren por cuenta de EL AFILIADO o

con su consentimiento, empleen medios o documentos falsos o adulterados para sustentar una reclamación o para obtener beneficios de la cobertura otorgada por EL CONTRATO.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: PLAZO DE EL CONTRATO

- 19.1 El plazo de vigencia de EL CONTRATO es de un (01) año, contado a partir de la fecha de inicio de cobertura a que se refiere el numeral 7.1 de la Cláusula Séptima de EL CONTRATO, pudiendo ser renovado cada año.
- 19.2 Para la renovación de EL CONTRATO, EL AFILIADO deberá acercarse a los lugares que establezca ESSALUD, antes del vencimiento de la cobertura que otorga el pago del último aporte (aporte N° 12).
- 19.3 Para efectivizarse la renovación de EL CONTRATO, EL AFILIADO deberá efectuar el pago correspondiente al primer aporte por la renovación del contrato, antes del vencimiento de la cobertura señalada en el numeral 19.2.
- 19.4 A la renovación de EL CONTRATO o cuando lo considere necesario, ESSALUD podrá establecer modificaciones de sus condiciones, coberturas y reajustes en los aportes. En caso hubiera modificaciones en la cobertura, para el cómputo del período de carencia y espera, se acumularán los meses aportados inmediatos anteriores a la suscripción del nuevo contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: INCOMPATIBILIDAD CON OTROS SEGUROS ADMINISTRADOS POR ESSALUD

- 20.1 En caso EL AFILIADO y sus dependientes se encuentren afiliados a cualquier otro Seguro Potestativo administrado por ESSALUD (EsSalud Personal-Familiar, EsSalud Independiente, Plan Protección Vital y Plan Protección Total), EL AFILIADO o su representante legal, declaran y aceptan que con la suscripción de EL CONTRATO se resuelve en forma automática cualquier otro contrato potestativo que tenga suscrito con ESSALUD.
- 20.2 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, EL CONTRATO quedará sin efecto.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: INSTRUMENTOS

Forman parte del presente contrato:

- Formulario 1010 (Formulario Único de Registro), debidamente llenado.
- Anexo 1: Lista de Condiciones Asegurables con Período de Carencia.
- Anexo 2: Tabla de Aportes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: DOMICILIO, JURISDICCIÓN Y LEY APLICABLE

- 22.1 Las partes señalan como domicilio el que aparece en el Formulario Único de Registro, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones o notificaciones vinculadas a EL CONTRATO. EL AFILIADO es responsable de comunicar oportunamente la variación del domicilio, mediante el formulario indicado.
- 22.2 Ambas partes acuerdan que toda desavenencia o controversia que pudiera derivarse de EL CONTRATO o como consecuencia del mismo, serán resueltas a través de una conciliación. En caso que mediante este medio no se llegue a un acuerdo definitivo, ambas partes resolverán la controversia subsistente de forma definitiva, mediante proceso y Laudo arbitral de derecho, definitivo e inapelable, de conformidad con la Ley de Arbitraje y su Reglamento.
- 22.3 EL CONTRATO se rige por las leyes aplicables en la República del Perú.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: CESIÓN

- 23.1 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 consiente y autoriza expresamente por anticipado las citadas cesiones.

- 23.2 Producida la cesión correspondiente, el respectivo cesionario tendrá 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.
- 23.3 EL AFILIADO no podrá ceder todo o parte de sus derechos u obligaciones de EL CONTRATO, salvo acuerdo expreso y por escrito de ESSALUD.

Firma de EL AFILIADO o
Representante Legal

Apellidos y Nombres de EL AFILIADO:

.....

Apellidos y Nombres del REPRESENTANTE LEGAL:

.....

Fecha: / /



Bertha Díaz Reátegui
Gerente de Plataforma de
Aseguramiento



Ciro Alberto Cayturo Soto
Subgerente de Atención al
Cliente

CONTRATO DE SEGURO DE SALUD PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

ANEXO 1: LISTA DE CONDICIONES ASEGURABLES CON PERÍODO DE CARENANCIA

CONDICIONES GINECOLÓGICAS

- Vulvovaginitis.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Enfermedades benignas de mama.
- Menopausia.
- Hemorragia uterina post menopáusica.

CONDICIONES QUE AFECTAN AL MENOR DE 12 AÑOS

- Displasia congénita de cadera.

TUMORES DEL APARATO GENITAL FEMENINO

- Cáncer de cuello uterino/ Displasia cervical.
- Cáncer de mama.

OTROS TUMORES

- Neoplasia de colon.
- Neoplasia de estómago.
- Neoplasia de próstata.
- Tumores benignos lipomatosos.

CONDICIONES TRANSMISIBLES

- Infección Respiratoria Aguda
- Neumonía extra hospitalaria
- Tuberculosis pulmonar
- Tuberculosis extra pulmonar
- Tuberculosis con complicaciones
- Tuberculosis multidrogorresistente
- Enfermedad diarreica
- Parasitosis intestinal
- Infección urinaria baja
- Infección urinaria alta
- Enfermedades de transmisión sexual
- Malaria
- Bartonelosis
- Dengue Clásico
- Dengue Hemorrágico
- Tripanosomiasis
- Leishmaniosis
- Peste
- Fiebre Amarilla
- Rabia
- Quiste hidatídico
- Lepra
- Infecciones cutáneas bacterianas
- Infestaciones de piel y anexos
- Micosis cutánea
- Absceso cutáneo/ carbunco
- Varicela
- Brucelosis
- Hepatitis
- Conjuntivitis
- Blefaritis, orzuelo y chalazión
- Caries, pulpitis, gingivitis
- Otras infecciones virales
- Otitis Externa

CONDICIONES MENTALES

- Esquizofrenia
- Ansiedad
- Depresión
- Alcoholismo

CONDICIONES CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS

- Asma Bronquial
- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus no complicada
- Hipertiroidismo e Hipotiroidismo
- Hiperlipidemia/Dislipidemias
- Obesidad
- Trastornos de la refracción
- Osteoporosis
- Osteoartritis
- Artritis reumatoidea
- Enfermedad de los discos vertebrales
- Enfermedad de Parkinson
- Epilepsia
- Desnutrición
- Anemia nutricional
- Rinitis alérgica
- Bronquitis crónica
- Otras alteraciones dentales
- Trastornos del esófago
- Otras enfermedades intestinales no infecciosas
- Dermatitis y afecciones de la piel
- Personas con riesgo potenciales para su salud y que requieren investigación y exámenes

CONDICIONES AGUDAS

- Fiebre de origen desconocido (FOD)
- Síntomas y signos de enfermedades

ANEXO 2: TABLA DE APORTES

	TITULAR	Titular y 1 dependiente	Titular y 2 dependientes	Titular y 3 dependientes o más
Afiliación individual	S/. 64	S/. 114	S/. 169	S/. 228

Las primas incluyen IGV.