



**sabsa**  
Sistemas Alternativos  
de Beneficios

# CONDICIONES GENERALES

**“Cuidamos lo que más amas”**



**CONDICIONES  
GENERALES  
IAFAS AUTOSEGURO  
FESUNAT**

FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUNAT

# RESUMEN

El Manual del afiliado de la **IAFAS AUTOSEGURO FESUNAT** consta de tres secciones: **Condiciones generales, condiciones particulares y TABLA DE BENEFICIOS.**

## 1. CONDICIONES GENERALES

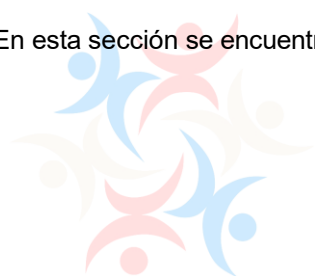
La primera sección contiene las cláusulas. Entre estas cláusulas se encontrarán el objeto y contenido del Manual, algunas definiciones, los requisitos de suscripción, la cobertura y condiciones de los planes, así como la descripción del consentimiento de tratamiento de datos personales.

## 2. CONDICIONES PARTICULARES

En esta sección se encuentra a detalle el alcance de las prestaciones, exclusiones del programa, carencias y contactos del servicio.

## 3. PLAN DE BENEFICIOS

En esta sección se encuentra la tabla de beneficios vigente.



**FESUNAT**  
FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUNAT

## CONDICIONES GENERALES

Conste por el presente documento, las **CONDICIONES GENERALES** de los Planes de Salud de la **IAFAS AUTOSEGURO DEL FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUNAT**, identificada con R.U.C. N° 20499030810 y RIAFAS N° 30011, domiciliada en Calle Ocharán 176 - Miraflores, provincia y departamento de Lima, quien se encuentra debidamente reportado a la Superintendencia Nacional de Salud, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS**.

Todo **TRABAJADOR** quien consigna sus datos generales de ley en la **FICHA DE AFILIACIÓN** procede al derecho y representación de sus dependientes, los cuales acceden a la cobertura de prestaciones de salud con la **IAFAS**, en adelante los dependientes se denominarán como los **AFILIADOS** o el **AFILIADO**, según corresponda, cumpliendo con los siguientes términos y condiciones siguientes:



## CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

La **IAFAS** es una persona jurídica constituida y debidamente registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud (**SUSALUD**), con arreglo a las disposiciones de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobado por el DS-008-2010-SA y demás disposiciones complementarias, cuyo objeto es el de brindar cobertura de aseguramiento en salud complementaria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (**PEAS**), bajo la modalidad de prestación de servicios de salud.

El **TRABAJADOR** es una persona natural que desea que sus dependientes accedan a la cobertura de salud de la IAFAS Autoseguro FESUNAT de manera voluntaria, los cuales fueron incluidos en la **FICHA AFILIACIÓN**, a quienes se denominará como los **AFILIADOS**.

## CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

El presente documento tiene por finalidad establecer las disposiciones para el otorgamiento de las prestaciones de salud a los dependientes de los trabajadores que pertenecen al Fondo de Empleados de la Sunat, a la IAFAS – Autoseguro Fesunat, que permitan una adecuada administración, cobertura y demás beneficios.

El presente documento sirve de guía y orientación para lo siguiente:

- a. Cumplir con los objetivos del Aseguramiento Universal, brindando cobertura de prestaciones de salud de manera complementaria a la cobertura obligatoria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (**PEAS**), conforme a los límites y condiciones señalados en las **CONDICIONES GENERALES y PARTICULARES**.
- b. Fomentar el uso eficiente y oportuno de los recursos.
- c. Supervisar la calidad, puntualidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones.
- d. Promover la transparencia y accesibilidad de la información en resguardo de los derechos de los afiliados.
- e. Los planes complementarios y beneficios adicionales que se contratan son de naturaleza voluntaria.

## CLÁUSULA TERCERA: ALCANCE

Las disposiciones contenidas en el presente Manual tienen ámbito de aplicación a los dependientes de los trabajadores que pertenecen a FESUNAT (Fondo de Empleado de la Sunat).

## CLÁUSULA CUARTA: BASE LEGAL

- a. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- b. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- c. Ley N° 28716, Ley de Control Interno.
- d. Decreto Legislativo N°1158 que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

- e. D.S. N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud.
- f. R.S. N° 161-2011-SUNASA/CD, que aprueba el Reglamento de Autorización de Organización, Funcionamiento y Registro de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.
- g. R.S. 010-2014 – Reglamento para la Gestión de riesgo operacional en las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.
- h. Resolución de Superintendencia N° 161-2011-SUNASA/CD, aprueba el Reglamento de Autorización de Organización, Funcionamiento y Registro de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.
- i. Decreto Legislativo N° 1158, dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud – SUSALUD.
- j. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- k. Decreto Supremo N°002-2019-SA. Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- l. Otras relacionadas al cumplimiento de las disposiciones de la Superintendencia Nacional de Salud que apliquen a las IAFAS Públicas Autoseguros.

## CLÁUSULA QUINTA: DEFINICIONES

1. **AFILIACIÓN:** Afiliación: Adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una IAFAS.
2. **ASEGURADO O AFILIADO:** Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS. Se le asume obligatoriamente afiliado a cualquier plan de aseguramiento en salud. El afiliado puede ser titular o derechohabiente y debe reunir los requisitos de afiliación correspondientes.
3. **AFILIACIÓN INDIVIDUAL:** Modalidad de afiliación mediante la cual el afiliado formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta. En el caso de los dependientes o beneficiarios, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente.
4. **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA:** Modalidad de afiliación mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS, en forma voluntaria, en calidad de contratante, en virtud de un contrato suscrito con una IAFAS. En el caso de los dependientes, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente. La afiliación colectiva o corporativa puede ser obligatoria o voluntaria.
5. **AFILIACIÓN ELECTRÓNICA:** La afiliación electrónica es una modalidad de afiliación pactada. En ella, la persona manifiesta su voluntad de afiliación mediante mecanismos no presenciales, estableciéndose la relación de aseguramiento entre el asegurado y la IAFAS respectiva. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la IAFAS de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad
6. **AFILIACIÓN OBLIGATORIA:** Constituye afiliación obligatoria, aquella por la cual una persona natural adquiere la condición de afiliado, por el sólo hecho de cumplir una condición preestablecida, sin que se encuentre obligada a manifestar o ratificar su voluntad de acceder al plan de aseguramiento que le corresponde. Se encuentran dentro de esta categoría quienes

acceden a un plan de salud por mandato legal o por el sólo hecho de su vinculación laboral o contractual con un empleador determinado, así como sus derechohabientes legales y dependientes, según el caso.

7. **BENEFICIARIO:** Persona residente en el país que están bajo la cobertura de un plan de Aseguramiento Universal en Salud. Aceptación que se utiliza de manera indistinta para referirse a los afiliados o asegurados.
8. **CLÁUSULAS ABUSIVAS:** De acuerdo a la definición establecida en el artículo 49 de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en los contratos por adhesión y en las cláusulas generales de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran cláusulas abusivas y, por tanto, inexigibles todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.
9. **CONTINUIDAD:** Reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo contrato con la misma IAFAS u otra distinta, con el mismo plan, programa o producto de salud o equivalente, con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del contrato anterior y se encuentre cubierto en el nuevo contrato.
10. **CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en salud con una IAFAS por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El contratante, es el único responsable frente a la IAFAS por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los asegurados.
11. **DERECHOHABIENTE:** Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su afiliación puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.
12. **EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.
13. **EXCLUSIONES:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinflingidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
14. **NOTA TÉCNICA:** Documento que describe la metodología y las bases técnicas aplicadas para el cálculo actuarial de la prima pura de riesgo o aporte y la prima comercial, así como la justificación de sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.
15. **PERÍODO DE CARENCIA:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (3) meses contados desde el inicio de labores de un afiliado/asegurado regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un afiliado/asegurado potestativo, el período puede ser menor a tres (3) meses durante el cual el afiliado/asegurado y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el contrato. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada afiliado/asegurado.

Las emergencias no presentan períodos de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento. Además, no se aplica el período de carencia en ninguna clase de emergencia.

En los regímenes contributivo y semi contributivo, para el caso de maternidad, es suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.

Por ningún motivo puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el Período de Carencia.

- 16. PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el PEAS.
- 17. PROGRAMA, PLAN O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Documento que instrumenta el contrato de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de cobertura y acceso que el asegurado obtiene frente a distintas prestaciones de salud.
- 18. PRIMA O APOORTE PURO DE RIESGO:** Es el aporte económico que realiza el asegurado, la entidad empleadora, el Estado, a la IAFAS por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo de salud que ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.
- 19. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA:** Según se indica en la Tabla de Beneficios que forma parte del Plan, representa el límite máximo de indemnización que se otorga a cada Asegurado, a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza, durante la vigencia anual de la misma.
- 20. COBERTURA:** Son las prestaciones de salud a las que tienen derecho los afiliados cubiertos y sus DERECHOHABIENTES.
- 21. REGISTRO DE AFILIADOS:** Registro administrativo de los afiliados vigentes en cualquiera de los regímenes de aseguramiento en salud, con prescindencia de su carácter contributivo, semi contributivo o subsidiado. Su administración está a cargo de SUSALUD.
- 22. PRIMA O APOORTE COMERCIAL:** Es la prima o aporte que aplica la IAFAS al riesgo de salud para determinar su cobertura. Está formada por la prima o aporte puro de riesgo más los gastos de administración, afiliación, liquidación, entre otros, y el beneficio comercial de la IAFAS.
- 23. CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas que rigen el presente condicionado.
- 24. CONDICIONES PARTICULARES:** Documento que contiene modificaciones o extensiones o exclusiones relativas a coberturas específicas aplicables a un Plan de salud.
- 25. DERECHO DE COBERTURA:** Derecho a las prestaciones de salud que tienen los afiliados y sus derechohabientes desde el inicio de su afiliación, incluyendo enfermedades preexistentes.
- 26. FACILITADOR DE ATENCIÓN O ADMINISTRADOR:** La operatividad del Programa se encuentra a cargo de la empresa especializada SISTEMAS ALTERNATIVOS DE BENEFICIOS (SAB S.A.) – LA PROTECTORA SALUD.; quien asume las labores integrales de administración de los procesos misionales de aseguramiento en salud, salvo la administración de fondos y a su vez se constituye en el facilitador del servicio a favor del Afiliado.
- 27. GASTOS CUBIERTOS BAJO EL BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA:** Gastos usuales, acostumbrados y razonables, incurridos por un Asegurado durante la vigencia de esta póliza, en exceso del deducible y coaseguro, que son amparados por esta póliza hasta los límites contratados, y se encuentren incluidos en la Tabla de Beneficios.
- 28. MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA.:** Servicio o suministros ordenados y

proporcionados por un Hospital, un Médico u otro Proveedor de servicios de salud, y: Que sean apropiados al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad del Asegurado o al accidente; Que sean congruentes con las normas de prácticas médicas o profesionales aceptadas; Que no exceden en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico, o tratamiento seguro y adecuado. Que no sean primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia, de su Médico u otro Proveedor; Que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado sin riesgo al Asegurado, y el que, en el caso de la atención de un paciente internado, no pueda administrarse a un paciente externo sin incurrir en riesgo.

- 29. PLAN ESCENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (PEAS):** Es el plan de aseguramiento en salud que contiene la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que, como mínimo, son financiadas a todos los afiliados a este Plan en el país. En base a dicha lista priorizada, sus acotaciones y límites, FESUNAT procederá a brindar cobertura a sus afiliados actuando en cumplimiento de la normativa vigente en nuestro país.
- 30. PLAN COMPLEMENTARIO:** Es un plan que otorga prestaciones no comprendidas en el PEAS. La cobertura de dichas prestaciones se encuentra de manera obligatoria a cargo de EsSalud.
- 31. RELACIÓN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Es el vínculo legal establecido entre la IAFAS, asegurados y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.
- 32. URGENCIA:** Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

## CLÁUSULA SEXTA: COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES

LA IAFAS otorga cobertura a EL AFILIADO/ ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS, consistente en las prestaciones promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación comprendidas en el presente CONTRATO.

La cobertura contratada, comprende la atención de las dolencias preexistentes, siempre que se cumpla con los requisitos establecidos en literales a) al e) del último párrafo del artículo 100 del Reglamento de la Ley N° 29344, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA. La cobertura máxima anual corresponde a la cobertura máxima por paciente, por enfermedad y por año. Monto que debe estar basado en un estudio actuarial, el cual permita la sostenibilidad del plan de salud.

En el caso de las IAFAS EPS, la cobertura detallada en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto, contempla los mismos beneficios para todos LOS AFILIADOS/ASEGURADOS regulares y potestativos registrados en el Plan. En tal sentido sus condiciones y el acceso a las prestaciones correspondientes son iguales para todos; la cobertura y los costos del presente plan para los afiliados POTESTATIVOS son iguales a los de asegurados regulares.

## CLÁUSULA SÉPTIMA: ORGANIZACIÓN

- Representante de la IAFAS Autoseguro **FESUNAT**.
- Administradora Externa de IAFAS Autoseguro **FESUNAT**.

Esta estructura será implementada en función a los dispositivos que emita la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.

### **Representante de la IAFAS y funciones de la Oficina de FESUNAT**

El Representante de la IAFAS es el Gerente General de FESUNAT, siendo la Oficina de FESUNAT la responsable del desarrollo los procesos, y tendrá a su cargo las siguientes funciones:

- a. Cumplir las normas y directivas relacionadas con la IAFAS - Autoseguro FESUNAT.
- b. Supervisar al Administrador Externo de la IAFAS.

### **Administración de la IAFAS Autoseguro FESUNAT**

La administración externa de la IAFAS Autoseguro FESUNAT podrá tercerizar los siguientes procesos:

- a. Diseño de Planes de salud
- b. Gestión de compra de prestaciones
- c. Gestión de asegurados
- d. Gestión de siniestros, incluyendo la gestión de pagos a proveedores
- e. Gestión de afiliación y suscripción

El proceso de gestión de Fondos de aseguramiento en salud no es tercerizable por la IAFAS; sin embargo, dentro del proceso de Gestión de siniestros la IAFAS podrá solicitar al Administrador externo realizar el pago por las atenciones brindadas a la red de establecimientos afiliados del Plan de salud, con el fin de generar eficiencia en el proceso de pago a prestadores. La IAFAS podrá realizar el abono o reembolso para el pago de los siniestros una vez presentado el detalle de los gastos y los sustentos correspondientes, apoyándose del uso de la tecnología.

## **CLÁUSULA OCTAVA: PRESTACIONES DE RECUPERACION DE LA SALUD**

La cobertura de salud que LA IAFAS otorga a favor de EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS en virtud del presente Contrato, comprende las condiciones asegurables e intervenciones y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en el Plan de Salud que forma parte de las Condiciones Particulares del presente Contrato.

## **CLÁUSULA NOVENA: FALTAS Y SANCIONES**

### **Faltas del afiliado**

- a. La falsificación y adulteración de documentos con la finalidad de obtener los servicios del Plan.
- b. Beneficiarse indebidamente con actos irregulares en complicidad con alguna entidad afiliada a la IAFAS - Autoseguro FESUNAT.
- c. La suplantación del afiliado.
- d. Cuando haya dejado de pagar los gastos no cubiertos por la IAFAS - Autoseguro FESUNAT.
- e. No declarar las enfermedades preexistentes al momento de inscripción.

Por comerte alguna falta descrita anteriormente, el afiliado será retirado de del Autoseguro FESUNAT indefinidamente, sin derecho a poder ser inscrito nuevamente.

## CLÁUSULA DÉCIMA: PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, en las condiciones particulares debe establecerse prestaciones de prevención y promoción de la salud, las que tienen por objeto preservar en buen estado la salud de la población asegurada, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas actividades se definen de la siguiente manera:

a) Prevención Primaria: Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones).

En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, es considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el Plan de Salud.

En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, es considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el Plan de Salud.

b) Promoción de la Salud: Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).

c) Otros servicios.

## CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

En las condiciones particulares se señalan las exclusiones y limitaciones a que se encuentran sujetos EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS al plan de salud complementario que es materia del presente Contrato.

## CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: DE EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS DE LA COBERTURA CONTRATADA

LA IAFAS otorga la cobertura detallada en la Condiciones Particulares del presente Contrato, a EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS, siempre que mantengan la condición de afiliados al presente plan al momento de hacer uso de los servicios de salud cubiertos por el mismo.

## CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

Salvo pacto en contrario, EL AFILIADO/ASEGURADO o los AFILIADOS/ASEGURADOS gozan de la cobertura contratada, a partir del día siguiente a la suscripción del contrato, previo pago de la primera cuota, con excepción de los Períodos de Carencia que se establezcan en las Condiciones Particulares, en el caso de haberlo pactado.

## CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones de salud, promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación de la salud cubiertas por el presente Contrato, se otorgan en las IPRESS indicadas en las Condiciones Particulares, del presente Contrato, en el cual consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante SUSALUD.

LA IAFAS informa por escrito o vía correo electrónico u otro medio electrónico a EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS, dentro de un plazo no mayor a dos (02) días hábiles, cualquier interrupción o cese del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Aseguramiento en Salud complementario, debiendo comunicar tal hecho a SUSALUD con el correspondiente sustento técnico. Para tal efecto, se entiende cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS.

## CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: REFERENCIAS

**LA IPRESS** que forma parte de la red de atención de salud de la IAFAS, se obliga a atender a **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** que requieran sus servicios.

Si el diagnóstico efectuado determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el Plan de Aseguramiento en Salud Complementario contenido en las Condiciones Particulares, coordina la referencia del paciente, previa autorización de éste y de **LA IAFAS**, a la IPRESS que corresponda de acuerdo con su plan de cobertura complementaria. La responsabilidad de **LA IAFAS** culmina cuando el paciente sea admitido por la IPRESS de referencia.

## CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura complementaria, EL AFILIADO/ASEGURADO o AFILIADOS/ASEGURADOS pagan a LA IAFAS los aportes indicados en las Condiciones Particulares, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos correspondientes.

La falta de pago oportuno de los aportes pactados o de cualquier otra suma que **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** adeuden a la IAFAS, origina la suspensión automática de la cobertura otorgada en EL CONTRATO, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento de pago.

La IAFAS comunica a EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS, mediante comunicación escrita o vía correo electrónico o cualquier medio electrónico, respecto del incumplimiento del pago del aporte y sus consecuencias, indicando el plazo que dispone para que regularice el pago de los aportes correspondientes.

En tal caso, la IAFAS, salvo pacto en contrario incluido en las Cláusulas Particulares, tiene derecho a exigir a EL AFILIADO/ ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS el reembolso de los costos de las

prestaciones brindadas, incluyendo los intereses moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

Si EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS que han incurrido en mora cumplen con ponerse al día en los aportes adeudados, recobran el derecho a gozar de los beneficios de EL CONTRATO a partir del día hábil siguiente de efectuado el pago, pero sin efecto retroactivo, por lo que en ningún caso responde la IAFAS por contingencias ocurridas, iniciadas o como consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que EL AFILIADO/ ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS se encontraban en mora en el pago de los aportes, aun cuando la contingencia se prolongue al período en que se rehabilite la cobertura.

EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS no recobran el derecho si la IAFAS hubiere optado por la resolución del contrato por cualquiera de las causales previstas en la Cláusula Vigésima del presente contrato.

## CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: COPAGOS

Las prestaciones materia del presente contrato pueden estar sujetas a copagos a cargo de EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS, los que se indican en las Cláusulas Particulares del Presente Contrato.

## CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: REAJUSTES DE APORTES Y/O COPAGOS

En las Cláusulas Particulares, se especifican detalladamente los plazos de vigencia de los copagos y de los aportes a cargo del AFILIADO/ ASEGURADO, así como las condiciones, causales y procedimiento para proceder a su reajuste.

La IAFAS únicamente puede reajustar el monto de los aportes y/o copagos pactados por las causales que detalladamente constan en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto a EL CONTRATO, siempre que se cumpla con las normas establecidas por SUSALUD.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, la IAFAS debe cursar a EL AFILIADO/ ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS, con una anticipación no menor a cuarenta y cinco (45) días calendario previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, una comunicación escrita, con conocimiento de LOS AFILIADOS/ASEGURADOS, manifestando la intención de reajustar tales montos.

Los reajustes que no son observados por las partes entran en vigencia a partir del primer día del mes siguiente.

Si los AFILIADOS/ASEGURADOS están de acuerdo con la modificación, la ENTIDAD EMPLEADORA o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS deben comunicar tal decisión a la IAFAS EPS O IAFAS según corresponda, dentro del plazo de treinta (30) días calendario, contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada de los aportes y/o copagos debe constar en una adenda.

Si LOS AFILIADOS/ASEGURADOS o la ENTIDAD EMPLEADORA no están de acuerdo con la modificación o no responden a la IAFAS O IAFAS EPS, según corresponda, dentro del plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación, EL CONTRATO se mantiene vigente hasta su fecha de vencimiento.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, dentro de los plazos acordados entre las partes, la IAFAS debe haber cumplido con presentar al AFILIADO/ASEGURADO, los reportes de la

sinistralidad, conteniendo la información mínima establecida normativamente por SUSALUD, debidamente sustentada y analizada; en el caso de aplicación del índice de inflación médica, el índice debe ser obtenido de la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática; además la IAFAS debe señalar las medidas orientadas a la racionalización del gasto de prestaciones de salud.

En el caso de la IAFAS EPS, la evaluación de la sinistralidad se realiza sumando el gasto de prestaciones de salud de los asegurados regulares (o dependientes) y sus derechohabientes, más el gasto de prestaciones de salud de los asegurados potestativos (o independientes) y sus derechohabientes, considerándolos como una sola cartera, siendo de aplicación para los planes PEAS. De forma similar se calcula la sinistralidad de los planes complementarios sumando la cartera de afiliados regulares más afiliados potestativos, considerándolos como una sola cartera. En ese sentido, los costos de ambos planes (PEAS y Complementario) de las IAFAS EPS deben tener los mismos costos para todos sus asegurados (regulares y potestativos).

Las partes pueden acordar la entrega de los reportes previstos en la presente cláusula en plazos menores con la finalidad de evaluar el comportamiento de la sinistralidad en forma anticipada al plazo fijado para su revisión.

## CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: INFORMACIÓN

EL AFILIADO/ASEGURADO proporciona a LA IAFAS, en la forma y en los plazos que se establece en las Cláusulas Particulares del presente Contrato, la información señalada en las mismas. EL AFILIADO/ASEGURADO debe informar a LA IAFAS sobre la inclusión o la exclusión de LOS AFILIADOS/ASEGURADOS al plan, dentro de los cinco (05) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia.

La IAFAS debe poner a disposición de EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS, dentro de los quince (15) días calendario, ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, copia del Plan de Aseguramiento en Salud ofertado, y de las Cláusulas Generales y Cláusulas Particulares del contrato, a fin de que EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS tomen conocimiento de los mismos y estén debidamente informados.

La IAFAS tiene la obligación de informar a EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS, a la suscripción de EL CONTRATO, vía correo electrónico u otro medio electrónico, u otro medio que disponga, de los derechos que como asegurado le asiste conforme al artículo 13 del Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA, así como detallar los principales aspectos de las presentes Cláusulas Generales y de las Cláusulas Particulares, con el detalle de las coberturas y términos de atención para las intervenciones correspondientes al PEAS, y de las coberturas complementarias, de ser el caso.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

De requerirse a EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS una declaración jurada de salud o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente contrato o durante su vigencia, EL ASEGURADO o LOS ASEGURADOS no podrán ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tal examen o declaración.

La IAFAS que solicita la realización de examen médico, asumirá el costo del mismo.

La **IAFAS** se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tal examen médico o declaración jurada de salud, de conformidad con la normativa vigente.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: PLAZO CONTRACTUAL

Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente contrato rige a partir del día siguiente de su suscripción. El presente contrato tiene una vigencia de un (1) año y a su vencimiento queda automáticamente renovado por igual plazo, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso remitido vía correo electrónico u otro medio, cursado a la otra parte con sesenta (60) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, debe remitir la propuesta de detalle de la modificación con el sustento correspondiente, a fin que los afiliados tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta. Asimismo, deberá anexar las recomendaciones correspondientes para la contención del gasto.

EL ASEGURADO o LOS ASEGURADOS adquieren la calidad de tal desde la fecha en que se suscribe el contrato y se incorporan al plan de salud, y mantienen todos sus derechos en tanto el contrato esté vigente por renovación inmediata.

La IAFAS no puede negar la renovación del contrato ante la aparición de alguna enfermedad sobreviniente contraída por EL ASEGURADO o LOS ASEGURADOS durante el período de vigencia.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: TÉRMINO DEL BENEFICIO

1. Se pierde la condición de afiliado por:
  - a. Renuncia del titular.
  - b. Fallecimiento del afiliado
  - c. Término del vínculo laboral por el titular.
  - d. Retiro definitivo por falta grave.
2. Cuando el Afiliado se encuentre hospitalizado al término de su condición de afiliado, las atenciones médicas serán cobiertas por la IAFAS Autoseguro - FESUNAT hasta el alta del paciente, los excesos serán cancelados por el titular directamente a la entidad afiliada.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: RESOLUCIÓN DE CONTRATO

Son causales de resolución del presente contrato las siguientes:

1. El mutuo acuerdo de las partes.
2. El fallecimiento del AFILIADO/ASEGURADO.
3. El incumplimiento en el pago oportuno de los aportes, salvo pacto en contrario incluido en las Cláusulas Particulares. Para tal efecto, la IAFAS envía una carta de requerimiento de pago, indicando el importe adeudado, el cual debe ser pagado en un plazo máximo de 15 días, contado desde la notificación de dicho documento, bajo apercibimiento de resolver el contrato. Si el pago no se cumple en el plazo señalado, el contrato queda automáticamente resuelto. En las cláusulas adicionales se pueden establecer como causales de resolución otros plazos de vencimiento de pago de aportes insolutos.
4. Sin perjuicio de lo mencionado en el numeral anterior, por el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones de una de las partes contenidas en las Cláusulas Generales o Particulares.

Para tal efecto, la parte que se perjudica con el incumplimiento requiere notarialmente a la otra para

que satisfaga su prestación en el plazo de treinta (30) días calendario, bajo pena de resolución del contrato. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato queda automáticamente resuelto

## CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

Constituye un requisito previo y parte integral de los documentos de afiliación, el llenado del **FORMULARIO DE AFILIACIÓN**, por parte del **TRABAJADOR**, para ello deberá llenar correctamente el formulario de afiliación vía web, en el cual se declarará las enfermedades preexistentes por cada afiliado.

Cualquier falsedad, omisión, inexactitud u ocultamiento de información de parte del **TRABAJADOR** en el formulario de afiliación, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver unilateral y automáticamente la afiliación del **TRABAJADOR** sin que ello genere derecho a devolución íntegra de los aportes a favor del **TRABAJADOR**.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DESAFILIACIÓN

La **DESAFILIACIÓN** al plan de salud seleccionado se producirá de forma automática cuando se encuentre en alguno de los siguientes supuestos:

- a. Renuncia del titular.
- b. Fallecimiento del afiliado.
- c. Término del vínculo laboral.
- d. Inhabilitación definitiva por falta grave.

Del mismo modo, el **AFILIADO** tiene el derecho a solicitar de forma libre y voluntaria su **DESAFILIACIÓN**. Para ello deberá comunicarse a través de los canales de comunicación del Administrador externo de la IAFAS o al personal de FESUNAT. Las desafiliaciones se realizan el último día de cada mes previa comunicación en el mes anterior.

Asimismo. En el caso del fallecimiento para que el afiliado pueda retirarse del Plan de Salud, el familiar del fallecido se deberá comunicar con el Administrador externo de la IAFAS o al personal de FESUNAT, de manera que el siguiente del mes de acontecido el fallecimiento quedará retirado del plan.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: RENOVACIÓN DEL BENEFICIO MÁXIMO DE PRESTACIONES OTORGADAS BAJO COBERTURA DEL PLAN POR AFILIADO Y POR CADA ANUALIDAD

Los gastos médicos incurridos por el (los) **AFILIADO(s)** durante el período de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del beneficio del plan de salud, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad de la vigencia.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

Un reclamo es la manifestación verbal o escrita efectuada ante **IAFAS FESUNAT** por la cual un usuario manifiesta su insatisfacción ante algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la prestación del servicio

que se le brinda.

Como parte de la gestión administrativa, **SABSA** en coordinación con **IAFAS FESUNAT** debe velar por la protección y defensa de los derechos de los servicios, prestaciones o coberturas de los afiliados, esto en base al Reglamento para la atención de Reclamos y quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud IAFAS e IPRESS – Decreto Supremo N° 030-2016-SA

Si no se encuentra conforme con cualquier aspecto relacionado al servicio que estás recibiendo, puedes presentar y registrar tu reclamo a través de las siguientes vías:

Escrito: El representante de SABSA le brinda al asegurado la Ficha de reclamo en salud con el N° del reclamo.

Correo: El asegurado puede generar su reclamo a través de los siguientes correos [sportocarrero@sabsa.com.pe](mailto:sportocarrero@sabsa.com.pe) o [emorante@sabsa.com.pe](mailto:emorante@sabsa.com.pe)

Virtual: El asegurado puede generar su reclamo a través de la página Web del Administrador.

Generalmente, puedes esperar una respuesta de parte de **SABSA** en un plazo máximo de 30 días útiles, el mismo que ha sido establecido de acuerdo a la normativa legal vigente.

Durante este tiempo, se realizará una investigación sumaria, es decir, efectuará las diligencias correspondientes para la dilucidación de los hechos que generaron la insatisfacción del usuario, sobre todo en casos complejos—cuyo análisis requiere que realicemos coordinaciones con uno o más prestadores de salud. El grado de complejidad del reclamo será el que determine la duración de la investigación sumaria.

Si después de haber agotado todas las instancias con **IAFAS FESUNAT** no se encuentras conforme con la decisión en la atención de un siniestro, puede acudir ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD o hacer uso de los mecanismos alternativos de resolución de controversias en el Centro de Conciliación y Arbitraje – CECONAR de SUSALUD.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA: CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El **TRABAJADOR** queda informado conforme a Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales (en adelante “Ley”) y su Reglamento, que los datos personales proporcionados del **TRABAJADOR** y

**AFILIADOS**, en especial los referidos a datos sensibles son los estrictamente necesarios para la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al plan contratado para:

- Evaluar el estado de afiliación en base a la información proporcionada.
- Aprobar la cobertura de los beneficios del programa.
- Realizar la gestión administrativa, prestacional de salud y acreditación de los **AFILIADOS** para su prestación médica.
- Remitir información relativa de los beneficios a los **AFILIADOS**.
- Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales competentes, relacionados a su afiliación.
- Verificar la calidad del servicio brindado a través de la auditoría médica.
- Enviar información referente a la concientización de vida saludable y cuidado de la salud.

- Enviar información de interés para el afiliado por el Administrador externo.

Los datos personales serán incorporados y almacenados en los bancos de datos del Administrador externo, mientras no se solicite su cancelación por el titular del dato, en cumplimiento con la Ley y normativa aplicable al sector salud.

De expresar la negativa a brindar los datos personales, la **IAFAS** no podrá cumplir con la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al Plan de salud. Asimismo, el **TRABAJADOR** declara contar con la autorización de las personas consignadas en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** para el tratamiento de los datos personales incluidos.

El **TRABAJADOR** y/o **AFILIADO** se encuentran facultados para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de sus datos personales que la **IAFAS** realiza. Para tales efectos deberá cursar una comunicación por correo a **SABSA**.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

El **TRABAJADOR** y la **IAFAS** convienen expresamente que cualquier conflicto o controversia que no pudiera ser resuelta en trato directo, será sometida en primera instancia a conciliación ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR), conforme a las normas aplicables para tal efecto.

Si la controversia se mantuviera sin solución, esta será sometida a arbitraje de derecho bajo la organización y administración del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR) y de acuerdo con su Reglamento, y demás normas a las que las Partes se someten voluntaria e incondicionalmente. Para tales efectos, el Tribunal Arbitral estará conformado por tres (03)

colegiados en el que la **IAFAS** deberá designar a un árbitro y, consecuentemente, el **TRABAJADOR** y/o el **AFILIADO** designará(n) al suyo. Todo ello conforme a las normas que regulen el arbitraje por parte de dicha institución, cuyo laudo será definitivo e inapelable.

## CLÁUSULA TRIIGÉSIMO: MODIFICACIONES DEL MANUAL DEL AFILIADO

El presente **MANUAL** podrá ser modificado por la **IAFAS** por razones técnicas, circunstancias del mercado u otras razones similares o relacionadas, mediante aviso previo remitido al **AFILIADO** con quince (15) días calendario de anticipación, por correo electrónico señalado por el **TRABAJADOR**. Las modificaciones señaladas por la **IAFAS** regirán a partir de la renovación del **PLAN DE SALUD**.



**FESUNAT**

FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUNAT