



MANUAL DEL AFILIADO

**CONDICIONES GENERALES
NUEVOS PADRES**

**PROGRAMA DE AUTOSEGURO
MÉDICO FAMILIAR
(PAMF)**

**MANUAL DEL AFILIADO
CONDICIONES GENERALES**

**NUEVO PLAN DE SALUD
PARA PADRES
IAFAS AUTOSEGURO
FESUNAT**

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 21 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.

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.

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 030-2016-SA. Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas 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 y mixtas.
- l. Otras relacionadas al cumplimiento de las disposiciones de la Superintendencia Nacional de Salud que apliquen a las IAFAS Públicas Autoseguros.

DEFINICIONES

1. **AFILIADO:** Persona incluida en el Plan de salud que tiene derecho a las coberturas ofertadas, previa aceptación por la **IAFAS**.
2. **APORTE:** Contraprestación establecida de cargo del **TRABAJADOR**, por los beneficios del plan adquirido.
3. **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(s)**, según las condiciones establecidas en el plan de salud adscrito.
4. **MANUAL:** Documento que contiene las **CONDICIONES GENERALES** y **CONDICIONES PARTICULARES** de los Planes de salud que brinda la **IAFAS** y que pone de los dependientes (Padres) de los trabajadores para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a las coberturas ofrecidas en el plan. Formaliza la relación de afiliación y vincula a un **AFILIADO** con una **IAFAS** a través de la solicitud de afiliación.
5. **CONTINUIDAD DE COBERTURA:** Reconocimiento del tiempo de permanencia en los Planes de Salud inmediatamente anteriores a la vigencia de una nueva afiliación con la misma **IAFAS**; de modo que la cobertura de diagnósticos preexistentes se otorgará conforme a lo dispuesto en el Artículo 100 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
6. **COPAGO:** Importe a pagar por el **AFILIADO** por los servicios médicos o beneficios solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención y/o en una cantidad fija, establecidos en la **TABLA DE BENEFICIOS**.
7. **DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE BENEFICIOS** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **MANUAL**. Una misma atención puede estar afecta al pago de copago y deducible.

8. **DÍAS:** Días calendarios.
9. **EXCLUSIONES:** Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el plan de salud contratado, las mismas que son detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **MANUAL**.
10. **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:** Conjunto de recomendaciones desarrolladas en forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica.
11. **IPRESS:** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (**IPRESS**), son todos aquellos establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Salud, autorizados para brindar los servicios de salud correspondiente a su nivel de atención.
12. **IAFAS:** Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (**IAFAS**), son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.
13. **PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho o no, a los beneficios establecidos en este. Los **PERÍODOS DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.
14. **TABLA DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la IAFAS Autoseguro FESUNAT.
15. **PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud colegiado, conocida o no por el **TRABAJADOR, AFILIADO** o sus derechohabientes, y consignada en una historia clínica u otro documento o registro con validez legal.
16. **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
17. **ACCIDENTE:** Toda lesión corporal producida por 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.
18. **AUTO SEGURO:** Se refiere al fondo que, con propios recursos económicos, FESUNAT, constituye para solventar la gran mayoría de gastos médicos que generan los trabajadores y sus familiares bajo la cobertura del presente programa.
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. **CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas que rigen el presente condicionado.
22. **CONDICIONES PARTICULARES:** Documento que contiene modificaciones o extensiones o exclusiones relativas a coberturas específicas aplicables a un Plan de salud.
23. **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.
24. **FACILITADOR DE ATENCIÓN O ADMINISTRADOR:** La operatividad del Programa se encuentra a cargo de la empresa especializada SISTEMAS ALTERNATIVOS DE BENEFICIOS (SAB S.A.); 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.

25. 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.

26. 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.

27. 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.

28. 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.

CLÁUSULA QUINTA: ORGANIZACIÓN

El presente Manual define la estructura organizativa de la IAFAS Autoseguro FESUNAT, en:

- 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 SEXTA: BENEFICIARIOS

Pueden inscribirse en la IAFAS - Autoseguro FESUNAT, los dependientes (padres) de los trabajadores que se encuentren en planilla de SUNAT hasta el límite de edad de 80 años.

Los trabajadores para ello deberán llenar correctamente el formulario de afiliación vía web, en el cual se declararán también las enfermedades preexistentes por cada afiliado.

Si el llenado del formulario es incompleto o erróneo la solicitud no será procesada y el titular será informado sobre la no conformidad.

La administración pondrá a disposición el formulario de inscripción vía correo electrónico o a través de la Intranet de FESUNAT.

CLÁUSULA SÉPTIMA: 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 OCTAVA: 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 cobaturadas por la IAFAS Autoseguro - FESUNAT hasta el alta del paciente, los excesos serán cancelados por el titular directamente a la entidad afiliada.

CLÁUSULA NÓVENA: 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 DÉCIMA: 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.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: VIGENCIA DE LA AFILIACIÓN

Los plazos de vigencia desde la afiliación son de un (1) año y quedará automáticamente renovado por igual plazo bajo los términos y condiciones vigentes a la renovación, salvo que el **TRABAJADOR** manifieste su voluntad de no renovar su vigencia.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

El inicio de la vigencia de la afiliación del **TRABAJADOR** se realizará previa recepción y suscripción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**.

El inicio de las prestaciones bajo cobertura del plan, se dará una vez transcurrido el o los **PERÍODOS DE CARENCIA** que se consignan en las **CONDICIONES PARTICULARES**.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: RED DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones se otorgará en la red de entidades afiliadas cuyos establecimientos de salud se encuentran indicados en la **TABLA DE BENEFICIOS** del presente **MANUAL**.

La **IAFAS** informará a los **AFILIADOS** ya sea por medios digitales o físicos cualquier cese definitivo del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud y/o las modificaciones que puedan surgir.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: APORTES

Los aportes se realizarán de forma mensual vía descuento por planilla. En el supuesto caso que un **TRABAJADOR** no realice el pago de los aportes mensuales, podrá ser excluido del Plan de salud.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: COPAGOS

Determinadas prestaciones están sujetas a **COPAGOS** y **DEDUCIBLES** a cargo del **AFILIADO**, los cuales se indican en la **TABLA DE BENEFICIOS**.

En caso que no exista cobertura para los diagnósticos que excedan el plan de salud, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del (los) **AFILIADO(S)**.

CLÁUSULA DÉCIMO 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 DÉCIMO SÉPTIMA: INFORMACIÓN

La **IAFAS** pone a disposición de los **AFILIADOS** la **TABLA DE BENEFICIOS** por medios digitales o a través de su intranet, con el fin de permitir su acceso a la información de forma oportuna, clara y precisa.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: 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 o pcarbajal@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 encuentra 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 DÉCIMO NOVENA: 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 expresarse 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 la **SABSA**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: 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 VIGÉSIMO PRIMERA: 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**.





www.sabsa.com.pe