

TÉRMINOS DE REFERENCIA

"SEGURO DE FORMACION LABORAL JUVENIL- FOLA"

CONTRATANTE : TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

DIRECCIÓN : JIRON ANCASH N° 390- LIMA

VIGENCIA : ANUAL – DESDE / HASTA LAS 00:00 HASTA LAS 24 HORAS

GRUPO ASEGURADO

34 practicantes del Tribunal Constitucional.

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Beneficio Máximo Anual por Persona	
De acuerdo al artículo 42 del capítulo VI – Normas comunes a las modalidades formativas de la ley No. 28518	
En caso de enfermedad	14 subvenciones mensuales
En caso de accidentes	30 subvenciones mensuales

ATENCIÓN AMBULATORIA		
(Consulta Médica, farmacia, exámenes auxiliares, terapia física y rehabilitación, cirugía ambulatoria y procedimientos especiales)		
RED	Deducible	Cubierto al
Red 1	S/. 25.00	90%
Red 2	S/. 34.00	90%
Red 3	S/. 51.00	90%
Reembolso en Lima	S/. 50.00	80%
Reembolsos en Provincias	S/. 34.00	85%

ATENCIÓN HOSPITALARIA		
(Farmacia, exámenes auxiliares, procedimientos especiales, honorarios médicos y habitación)		
RED	Deducible	Cubierto al
Red 1	S/. 0.00	90%
Red 2	S/. 0.00	90%
Red 3	S/. 0.00	90%
Reembolsos en Lima	1 día habitación	80%
Reembolsos en Provincias	1 día habitación	85%

MÉDICO A DOMICILIO ¹		
Incluye la consulta médica, medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica, traslado del paciente si el examen lo requiere y entrega de resultados en su domicilio.		
LIMA	Deducible	Cubierto al
Medicina General	S/. 35.00	100%
PROVINCIAS (De acuerdo a disponibilidad)	Deducible	Cubierto al
Medicina General	S/. 35.00	100%

¹ Respuesta a Consulta N° 53 y N° 56 de La Positiva Seguros y Reaseguros S.A. y Consulta N° 116 de Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros.



ATENCIÓN POR MÉDICO VIRTUAL ²
Incluye la consulta médica por medicina general, medicinas bajo la modalidad de delivery o recojo en cadena afiliada. Horario de atención de acuerdo a la disponibilidad de la aseguradora, cubierto al 100%.

ATENCIÓN DE EMERGENCIAS		
Emergencia Accidental (sin Hospitalización)		
Cubierta al 100% por todo el tratamiento a consecuencia del accidente. La atención deberá de realizarse dentro de las 48 horas.		
<i>Importante: Si por el accidente sufrido el asegurado necesita hospitalizarse, los gastos serán según las condiciones señaladas en el beneficio de hospitalización.</i>		
Emergencia Médica		
Cubierto al 100%		
<i>Importante: El beneficio de emergencia médica será atendido únicamente en las clínicas o centros médicos señalados por la compañía de seguros y por reembolso en aquellos lugares en donde el postor ganador no cuente con convenios con proveedores.</i>		
Transporte por Evacuación³ - únicamente bajo prescripción médica y autorización de la compañía de seguros.	Deducible	Cubierto al
Ambulancia (territorio nacional)	S/. 0.00	100%
Vía aérea: Vuelo regular nacional (hasta 3 asientos)	S/. 0.00	100%
La cobertura se otorga sujeto a disponibilidad del proveedor. Es indispensable para el otorgamiento del beneficio la autorización del médico tratante y del médico de la Central de Emergencias de la aseguradora. El beneficio vía aérea cubre el traslado con un médico o enfermera como máximo, únicamente bajo prescripción médica. En caso el paciente sea menor de edad podrá incluir a un acompañante como máximo.		
Nota: Se precisa que este beneficio no cubre los gastos de alojamiento ni alimentación. Este beneficio solo considera el transporte de ida.		

ODONTOLOGÍA		
Al crédito	Deducible	Cubierto al
Ambulatorio: En redes afiliadas al crédito (incluye exodoncia simple, curación, Rx y endodoncias)	S/. 35.00	90%
Únicamente a consecuencia de accidente hasta S/ 3,000	S/0.00	100%

OFTALMOLOGÍA		
Al crédito	Deducible	Cubierto al
Ambulatorio: En redes de clínicas afiliadas	S/. 35.00	90%

GASTOS DE SEPELIO (HASTA S/ 5,000)		
Al crédito y/o reembolso	Deducible	Cubierto al
Todos los servicios funerarios en sepelio y/o cremación. El servicio deberá incluir ataúd de madera natural al duco, adornos propios de ataúd, carroza de primera, carro porta flores, capilla ardiente, preparación tanatología de fallecido, trámites en general y nicho o sepultura perpetuo.	S/0.00	100%



² Respuesta a la Consulta N° 58 de La Positiva Seguros y Reaseguros S.A

³ Respuesta a la Consulta N° 118, 119 y 120 de Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros.

RED DE CLÍNICAS / FUNERARIAS / CENTRO DE DIAGNÓSTICOS

La red de clínicas de Lima y Provincias, así como las funerarias en caso de sepelio y los centros de diagnóstico en Lima y Provincia deberán de ser ofertados por cada postor, principalmente donde el cliente cuente con oficinas. En los lugares donde la aseguradora no tenga convenio con clínicas, el servicio puede otorgarse vía reembolso según corresponda.

CLÁUSULAS ADICIONALES

- Cláusula de cobertura de Riesgos de la Naturaleza.
- Cláusula de extensión de cobertura por terrorismo, vandalismo, huelga, conmoción civil y otros riesgos políticos.

CONDICIONES ESPECIALES

- Las cartas de garantías serán emitidas en un periodo máximo de 48 horas de solicitadas, siempre y cuando la Compañía de Seguros cuente con la información necesaria para la evaluación.
- El postor ganador deberá mantener permanente comunicación con todas las clínicas y centros médicos ofertados por el mismo postor.
- No se aplicará periodo de carencia.
- Se debe considerar la continuidad de cobertura y de enfermedades pre-existentes para las personas que actualmente se vienen atendiendo por alguna Compañía de Seguros.
- El postor ganador no podrá aplicar recargos de prima por concepto de la edad del asegurado, ni por el tipo de labores.
- La cantidad de asegurados es referencial, pudiendo variar durante la vigencia de la póliza.
- El postor ganador deberá incluir la cobertura de chequeo preventivo (1 vez al año): laboratorio, consulta médica, oftalmológica, odontología y ginecología.
- El postor ganador deberá brindar dos (2) charlas virtuales al año, sobre el producto y sus beneficios.
- Se incluye la cobertura de Huelga, Conmoción Civil, Daños Malicioso, Vandalismo y Terrorismo en la cual el asegurado no participe activamente.
- El importe de las liquidaciones deberá incluir el agenciamiento de diez por ciento, de acuerdo con lo estipulado en los Artículos 32° y 34° de la Resolución SBS N° 809-2019, y conforme al índice de agenciamiento publicado de forma oficial por la SBS en su página web a la fecha del mes de la convocatoria del presente proceso.
- En caso no cuente con un proveedor en provincias o en zonas alejadas, se reembolsarán los gastos a costos y coberturas de la atención vía reembolso provincia.

SISTEMA DE LIQUIDACIÓN DE PRIMAS

La Entidad deberá declarar mensualmente los ingresos y ceses de practicantes a fin de reportar a la compañía de seguros y de llevar el control del consumo del contrato, que será conciliado por el área usuaria. Se realizará ajuste al final de la vigencia. Asimismo, el pago será mensual, en caso de inclusiones serán al día 01 de cada mes y las exclusiones al último día de cada mes. Se trabajará la facturación a mes vencido con todos los movimientos del mes.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Los rangos de subvenciones por grupo son las siguientes:

- Practicantes : S/. 1, 025.00
- Actividad : Administrativos



TÉRMINOS DE REFERENCIA
"SEGURO VIDA LEY (D.L. 688) MODIFICADO CON LEY N° 29549"

CONTRATANTE : TRIBUNAL CONSTITUCIONAL
DIRECCIÓN : JIRÓN ANCASH N° 390- LIMA
VIGENCIA : ANUAL – DESDE / HASTA LAS 00:00 HASTA LAS 24 HORAS
MODALIDAD : EN BASE A DECLARACIONES MENSUALES

GRUPO ASEGURADO

Trabajadores del Tribunal Constitucional

COBERTURAS BÁSICAS

Muerte natural	16 remuneraciones
Muerte accidental	32 remuneraciones
Invalidez Total y Permanente por Accidente	32 remuneraciones

COBERTURAS ADICIONALES

Gastos de Sepelio (reembolso)	5 sueldos, máximo S/20,000
Desgravamen, deuda contraída con la entidad	5 sueldos, máximo S/25,000
Desamparo Familiar Súbito	5 sueldos, máximo S/25,000
Cáncer	5 sueldos, máximo S/25,000
Trasplante de Órganos	5 sueldos, máximo S/25,000
Infarto del Miocardio	5 sueldos, máximo S/25,000
Accidente Cerebro Vascular	5 sueldos, máximo S/25,000
Insuficiencia Renal Crónica	5 sueldos, máximo S/20,000
Ceguera por accidente	5 sueldos, máximo S/20,000
Quemaduras por accidente	5 sueldos, máximo S/20,000
Sordera por accidente	5 sueldos, máximo S/20,000
Esclerosis Múltiple	5 sueldos, máximo S/20,000
Cirugía Puente (bypass) de Arterias Coronarias	5 sueldos, máximo S/20,000
Coma	5 sueldos, máximo S/15,000
Hijo Póstumo	5 sueldos, máximo S/15,000
Repatriación de Restos	5 sueldos, máximo S/15,000
Traslado al lugar de origen	5 sueldos, máximo S/15,000

En el caso de coberturas adicionales por enfermedad como cáncer, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal crónica y esclerosis múltiple, se indemnizará al asegurado como pago único, el importe de remuneraciones y hasta los límites establecidos en las condiciones particulares, cuando se produce el diagnóstico, el cual debe ser clínicamente confirmado por un especialista.

En el caso de coberturas por intervención quirúrgica como trasplante de órganos y cirugía puente (bypass) de arterias coronarias, se indemnizará al asegurado como pago único, el importe de remuneraciones y hasta los límites establecidos en las condiciones particulares, cuando se produzca la intervención quirúrgica.

Ceguera por Accidente: Se indemnizará al asegurado como pago único, el importe de remuneraciones y hasta los límites establecidos en las condiciones particulares, cuando se produzca la pérdida total e irrecuperable de la capacidad visual del asegurado provocada por un mismo accidente. El diagnóstico debe ser clínicamente confirmado por un especialista.

Quemadura por Accidente: Se indemnizará al asegurado como pago único, el importe de remuneraciones y hasta los límites establecidos en las condiciones particulares, cuando el asegurado sufra quemaduras de grado III, producidas por un mismo accidente y que hayan destruido por lo menos el 20% de la superficie corporal.



Sordera por accidente: Se indemnizará al asegurado como pago único, el importe de remuneraciones y hasta los límites establecidos en las condiciones particulares, cuando se produzca la pérdida súbita y total de la audición de ambos oídos a consecuencia de un mismo accidente. El diagnóstico debe ser clínicamente confirmado por un especialista.

Coma: Se hará efectivo una vez producido el fallecimiento del asegurado en coma, indemnizando al o los beneficiarios, como pago único, hasta los límites establecidos en las condiciones particulares.

CONDICIONES ESPECIALES

- Se amplía el plazo de aviso de siniestros a 60 días a fin de evitar su rechazo por extemporaneidad.
- Las coberturas básicas no tienen límite de edad y las coberturas adicionales es hasta 65 años.
- En lo respecta a coberturas adicionales deberán ser pagadas por el postor ganador, aplicando periodos de carencia y/o periodos de espera sólo para asegurados nuevos, de acuerdo a los plazos de los condicionados de la póliza. En el caso de las coberturas de enfermedad deberán ser al diagnóstico del asegurado.
- La aseguradora deberá enviar vía electrónica al contratante y bróker la constancia del personal afiliado al seguro, las coberturas de ley y coberturas adicionales, formato de declaración jurada, procedimiento en caso de contingencia. El plazo no podrá exceder los diez (10) días después de la entrega de la póliza.
- El número de asegurados y la planilla estimada anual es referencial, información que puede variar durante la vigencia.
- No habrá límite de edad para ingreso en la póliza.
- El postor ganador no podrá aplicar ninguna restricción para el pago de siniestros de las coberturas adicionales por concepto de su condicionado general del ramo, por tanto, deberán ser pagadas las coberturas adicionales al diagnóstico del asegurado, que haya sido detectado durante la vigencia del contrato. No aplican periodos de espera o sobrevivencia al diagnóstico de la enfermedad. Se precisa que para asegurados nuevos aplica periodo de carencia y/o espera, de acuerdo a los plazos de los condicionados de la póliza.
- Remuneración asegurable sujeta a los límites que establece el artículo 1 de la ley N.º 29549.
- En lo que respecta a coberturas adicionales se cubren las preexistencias, sin periodo de carencia exceptuando a los asegurados nuevos, con los límites señalados en cada una de las coberturas.
- La indemnización por muerte natural se extiende a la muerte por el diagnóstico de COVID – 19, Epidemias y Pandemias.
- El postor ganador deberá realizar 01 charla presencial anual y 01 virtual anual sobre el seguro de vida ley dirigido al personal de la Institución que cuenta con dicho seguro.
- Para demostrar el vínculo laboral de un trabajador recién ingresado y mantener cobertura, podrá demostrarse mediante contrato laboral simple.
- El importe de las liquidaciones deberá incluir el agenciamiento de diez por ciento, de acuerdo con lo estipulado en los Artículos 32º y 34º de la Resolución SBS N° 809-2019, y conforme al índice de agenciamiento publicado de forma oficial por la SBS en su página web a la fecha del mes de la convocatoria del presente proceso.
- Se mantendrán cubiertos el 100% de los trabajadores durante la vigencia del contrato haciendo un balance cuando la entidad lo estime conveniente o anualmente para el cálculo diferencial de primas si hubiere. La entidad entregará mensualmente la relación de personal para ir acumulando la información de la data del personal.

INFORMACIÓN DEL GRUPO ASEGURADO

Los rangos de subvenciones por grupo son las siguientes:

- Cantidad de asegurados : 147 servidores
- Planilla mensual sin tope de Ley : S/. 1,627,441.34
- Planilla mensual con tope de Ley : S/. 1,343,767.64
- Planilla anual con tope de Ley : S/.16,125,211.68
- Remuneración máxima asegurable : Trimestre de abril – junio 2024 (S/. 11,983.66)



REMUNERACIÓN SEGÚN RANGO DE EDADES (en base a la planilla de junio 2024)

DE (años)	HASTA (años)	Nº PERSONAS	Monto de Planilla Mensual
26	30	07	50,557.77
31	35	07	66,892.82
36	40	06	59,925.65
41	45	25	236,377.14
46	50	23	224,078.63
51	55	24	230,572.14
56	60	25	210,872.14
61 años		04	34,169.54
62 años		02	16,534.77
63 años		07	71,755.42
64 años		05	48,620.65
65 años		02	22,034.77
66 años		02	11,302.22
67 años		03	22,185.88
68 años		03	21,353.33
69 años		--	-----
70 años		01	11,983.66
Más de 70 años		01	4,551.11
Total		147	1,343,767.64

BENEFICIARIOS

Son aquellos descritos en la Declaración Jurada de Vida Ley y/o en su defecto mediante la declaratoria de Herederos Legales. En caso de no existir beneficiarios, se considerará como beneficiario la entidad contratante, según ley.

SISTEMA DE LIQUIDACIÓN DE PRIMAS

La Entidad deberá declarar mensualmente los ingresos y ceses del personal a fin de reportar a la compañía de seguros y de llevar el control del consumo del contrato, que será conciliado por el área usuaria. Se realizará ajuste al final de la vigencia. Asimismo, el pago será mensual, en caso de inclusiones serán al día 01 de cada mes y las exclusiones al último día de cada mes. Se trabajará la facturación a mes vencido con todos los movimientos del mes.



TÉRMINOS DE REFERENCIA
“SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA”

CONTRATANTE : TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

DIRECCIÓN : JIRÓN ANCASH N° 390- LIMA

VIGENCIA : ANUAL – DESDE / HASTA LAS 00:00 HASTA LAS 24 HORAS
EN BASE A DECLARACIONES MENSUALES

GRUPO ASEGURADO

El seguro de Asistencia Médica cubre a trabajadores del Tribunal Constitucional y a sus dependientes (cónyuge, concubino (a), hijos hasta los 25 años inclusive).

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR OCURRENCIA Y PERSONA – S/ 1'000,000.00

ATENCIÓN AMBULATORIA		
(Consulta médica, farmacia, exámenes auxiliares, cirugía ambulatoria y procedimientos especiales)		
RED	Copago	Cubierto al
Centros médicos o clínicas preferentes	S/. 35.00	95%
Red 1 (mínimo 11 proveedores)	S/. 40.00	90%
Red 2 (mínimo 07 proveedores)	S/. 45.00	85%
Red 3 (mínimo 05 proveedores)	S/. 55.00	85%
Red 4 (mínimo 05 proveedores)	S/. 60.00	80%
Red 5 (mínimo 04 proveedores)	S/. 90.00	75%
Red Provincias 1 (mínimo 05 proveedores)	S/. 35.00	90%
Red Provincias 2 (mínimo 05 proveedores)	S/. 40.00	85%
Red Provincias 3 (mínimo 03 proveedores)	S/. 45.00	80%
Red Provincias 4 (mínimo 02 proveedores)	S/. 50.00	75%
Reembolsos zonas alejadas provincias	S/. 35.00	90%
Reembolsos en provincias	S/. 40.00	85%
Reembolsos Lima	S/. 80.00	75%

MÉDICO A DOMICILIO		
Incluye la consulta médica, medicinas, exámenes de ayuda diagnóstica, traslado del paciente si el examen lo requiere y entrega de resultados en su domicilio.		
LIMA	Copago	Cubierto al
Medicina general y pediatría	S/. 45.00	100%
PROVINCIAS		
Medicina general y pediatría	S/. 40.00	100%

ATENCIÓN POR MÉDICO VIRTUAL	
(atenciones de baja complejidad)	
Considerando las coberturas de consulta, medicina y exámenes todo cubierto al 100%	



ATENCIÓN DE EMERGENCIAS		
Incluye 1) Ambulancias, 2) Atenciones de emergencia accidental, 3) continuidad de emergencia accidental ambulatoria y 4) Emergencias médicas.		
Cubierta al 100% por emergencias médicas y emergencias accidentales.		
Se dará cobertura de continuidad de emergencia accidental hasta por 90 días en el mismo establecimiento donde se atendió inicialmente la emergencia accidental.		
<p>Debe cubrir los siguientes controles de manera ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio (según prescripción médica) • Exámenes radiológicos (según prescripción médica) • Sesiones de terapia física (según prescripción médica) • Retiro de puntos • Retiro de yeso 		
Importante: Si por el accidente sufrido el asegurado necesita hospitalizarse, los gastos serán cubiertos según las condiciones señaladas en el beneficio de hospitalización.		
Cobertura	Deducible	Cubierto al
Servicio de ambulancia para atención de emergencias, en Lima y provincias.	S/. 0.00	100%
Emergencia médica y/o accidental en Lima y Provincias (gastos ambulatorios las primeras 48 horas sin hospitalización).	S/. 0.00	100%
Emergencia accidental y médica ambulatoria (crédito y reembolso).	S/. 0.00	100%
Transporte por evacuación de emergencia. Solo en caso de emergencia y únicamente bajo prescripción médica.	S/. 0.00	100%
<ul style="list-style-type: none"> - Ambulancia hacia la clínica (de ser necesario) - Ambulancia hacia el domicilio del paciente. 		
Avión comercial en vuelo nacional		
La cobertura se otorga sujeto a disponibilidad del proveedor. Es indispensable para el otorgamiento del beneficio la autorización del médico tratante y el aviso a la Central de Emergencias de la aseguradora. El beneficio vía aérea cubre el traslado con un médico o enfermera como máximo, en caso el paciente sea menor de edad podrá incluir a un acompañante como máximo. En caso de transporte aéreo (vuelo comercial) es requisito la aprobación del equipo médico de la aerolínea.	S/. 0.00	100%
Se precisa dentro de este beneficio no se considera gastos de alojamiento ni alimentación.		

ATENCIÓN HOSPITALARIA		
(Farmacia, exámenes auxiliares, procedimientos especiales, honorarios y habitación)		
RED	Copago	Cubierto al
Red 1 (mínimo 08 proveedores)	Sin copago	90%
Red 2 (mínimo 07 proveedores)	Sin copago	90%
Red 3 (mínimo 06 proveedores)	Sin copago	85%
Red 4 (mínimo 05 proveedores)	1 día hab.	80%



Red 5 (mínimo 03 proveedores)	1 día hab..	75%
Red Provincias 1 (mínimo 05 proveedores)	Sin copago	90%
Red Provincias 2 (mínimo 05 proveedores)	Sin copago	85%
Red Provincias 3 (mínimo 03 proveedores)	Sin copago	85%
Red Provincias 4 (mínimo 02 proveedores)	Sin copago	80%
Reembolsos zonas alejadas provincias	Sin copago	90%
Reembolsos en provincias	Sin copago	85%
Reembolsos Lima	1 día hab.	75%

ATENCIÓN MATERNIDAD		
Solo cubre a la titular (soltera o casada), cónyuge o conviviente del titular.		
Control prenatal y postnatal (vía crédito)	Copago	Cubierto al
<p>Los controles prenatales incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una consulta mensual durante los primeros siete meses. - Dos consultas mensuales durante el octavo mes de gestación. - Cuatro consultas durante el noveno mes. - Consultas adicionales, según indicaciones del médico tratante. - Tres ecografías. - Exámenes auxiliares, según indicaciones del médico tratante. - Medicación bajo prescripción médica. <p>Los controles postnatales incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos consultas post natales dentro de los 45 días. <p>Condición especial: "DURANTE EL EMBARAZO" Infecciones urinarias, vulvovaginitis, estreñimiento, vómitos del embarazo no especificado, estas atenciones forman parte dentro de la consulta prenatal.</p>	S/0.00	100%
Parto natural y/o múltiple. (Parto natural hasta S/. 11,000 y múltiple hasta S/. 12,317)	Copago	Cubierto al
Red 1 (mínimo 08 proveedores)	S/0.00	100%
Red 2 (mínimo 07 proveedores)	S/0.00	100%
Red 3 (mínimo 06 proveedores)	S/0.00	100%
Red 4 (mínimo 05 proveedores)	S/0.00	90%
Red 5 (mínimo 03 proveedores)	S/0.00	85%
Red de Provincias 1 y 2 (mínimo 05 proveedores)	S/0.00	100%
Red de Provincias 3 y 4 (mínimo 05 proveedores)	S/0.00	90%
Reembolso en provincia	S/0.00	90%
Parto por cesárea, amenaza de aborto, aborto no provocado (Hasta S/. 15,000) y complicaciones (Hasta S/. 8,700).	Copago	Cubierto al



Red 1 (mínimo 08 proveedores)	S/0.00	100%
Red 2 (mínimo 07 proveedores)	S/0.00	100%
Red 3 (mínimo 06 proveedores)	S/0.00	95%
Red 4 (mínimo 05 proveedores)	1 día hab.	90%
Red 5 (mínimo 03 proveedores)	1 día hab.	85%
Red de Provincias 1 y 2 (mínimo 05 proveedores)	S/. 0.00	100%
Red de Provincias 3 y 4 (mínimo 05 proveedores)	S/. 0.00	90%
Reembolso en provincia	S/0.00	90%
<p>La Psicoprofilaxis, tiene cobertura del 100%, a partir de las 24 semanas de gestación (7 sesiones), en clínicas afiliadas.</p> <p>La cobertura de tamizaje neonatal aplica al recién nacido hasta máximo 28 días desde la fecha de su nacimiento, en clínicas afiliadas como ambulatorio.</p> <p>El control de niño sano tiene cobertura al 100% durante el primer año de vida del menor, en clínicas afiliadas.</p>		

ATENCION OFTALMOLÓGICA		
LIMA Y PROVINCIAS	Copago (*)	Cubierto al
Medida de vista una vez al año (incluye presión arterial y fondo de ojo)	S/0.00	100%
Atención especializada (mínimo 5 proveedores)	S/35.00	90%
CIRUGÍA REFRACTIVA DE MIOPIA, HIPERMETROPIA Y ASTIGMATISMO (En redes oftalmológicas que ofrezca el proveedor)		
- RED 1 (RED DE PROVEEDORES AFILIADOS)	S/. 950.00	100%
- Red de Provincias 1 (RED DE PROVEEDORES AFILIADOS)	S/. 950.00	100%
(*) El importe de copago es por ojo. Condiciones: Tecnología Lasik. Incluye los siguientes procedimientos: Topografía corneal (según indicación médica) y Paquimetría Ultrasónica Ocular (según indicación médica). El servicio no incluye: Wave Front		
MONTURAS Y CRISTALES – Una vez al año para titulares y dependientes Solo por reembolso hasta S/. 180.00 por montura y S/. 180.00 por cristales (incluido IGV)		
- Se aplica una vez al año, durante la vigencia del plan. - Debe contar con indicación médica por oftalmólogo proveniente de una clínica afiliada al Plan de Salud. - Aplica para las patologías de miopía, astigmatismo e hipermetropía para asegurados titulares y dependientes, en caso de niños a partir de 3 años. - No se cubre lentes de sol, lentes de descanso, fotocromáticos, lentes estéticos o lentes de contacto.	Sin copago	100%

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA		
LIMA Y PROVINCIAS	Copago	Cubierto al
Crédito (mínimo 5 proveedores)	Al 80% hasta el límite del plan	



Reembolso	Al 80% hasta el límite del plan
<p>La atención odontológica incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Examen dentario 2. Profilaxis general. Solo una vez durante la vigencia de la póliza, 3. Restauraciones que incluye colocación de ionómeros y resinas. 4. Endodoncias 5. Exodoncias (simples y complejas) 6. Apicectomías 7. Pulpectomías 8. Pulpotomías 9. Fluorización y colocación de sellantes (niños menores de 12 años). 10. Radiografías 11. Curetaje subgingival 12. Gingivectomía 13. Gingivoplastia. 	

PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (Diabetes mellitus tipo 2, asma, dislipidemia, hipertensión arterial y combinaciones)		
EN LIMA Y PROVINCIAS	Copago	Cubierto al
En clínicas y/o centros especializados del proveedor y/o en domicilio.		Al 100%
<p>Cubre consultas, medicamentos y exámenes auxiliares siguiendo los protocolos nacionales e internacionales de las enfermedades diagnosticadas.</p> <p>El programa está dirigido para mayores de edad (mayor de 18 años), salvo en el caso de Asma en el que serán admitidos dependientes desde los 5 años de edad.</p>		

OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Acompañamiento y control para las siguientes enfermedades crónicas: hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes mellitus tipo 1, artritis reumatoide, osteoporosis, enfermedad cardiovascular, rinitis, glaucoma, trastorno del aparato lagrimal gastritis (Ojo seco), enfermedad de Parkinson, hiperplasia benigna de la próstata, menopausia.

EN LIMA Y PROVINCIAS	Copago	Cubierto al
- Red Lima (mínimo 3 proveedores)	Sin copago	85%
- Red en Provincia (mínimo 1 proveedor)		

Consiste en la teleorientación y consulta virtual con médicos y enfermeras que lo guiarán en el manejo de su enfermedad y seguimiento a los indicadores del cuidado de su salud.

Cubre diagnóstico, seguimiento, rehabilitación y prevención secundaria. Incluye medicinas, laboratorio (sujeto al área de cobertura del proveedor) y terapia biológica no oncológica de acuerdo al criterio del médico tratante.

PROGRAMA ONCOLÓGICO		
Beneficio oncológico en Lima y Provincias	Copago	Cubierto al
Crédito: En redes de clínicas y/o centro especializado		



La atención oncológica comprende oncología ambulatoria, hospitalaria y de emergencia, radioterapia, quimioterapia, cirugía oncológica, imagenología, PET SCAN, complicaciones oncológicas, terapia biológica en cáncer (para los tipos de cáncer y estados clínicos aprobados por la FDA y de acuerdo a las guías de manejo oncológico del NCCN y NCI vigentes al momento de la atención e incluye factores estimulantes de colonias, anticuerpos monoclonales, inhibidores de la tirosin Kinasa, inhibidores del proteosoma, antiangiogénicos, inmunoterapia, entre otros.)	Al 100% hasta el límite del Plan.
El postor ganador deberá incluir proveedores de acuerdo a los convenios que cada compañía tenga con las clínicas para este tipo de atención. Sin embargo, se precisa que las clínicas Ricardo Palma, San Felipe, Detecta y Oncocenter deben ser consideradas dentro de la relación de proveedores por existir tratamientos en curso.	
Reembolso	Al 70% hasta el límite del Plan

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN		
Incluye consulta médica y terapia física		
Crédito	Copago	Cubierto al
Centros médicos especializados (mínimo 4 proveedores)	S/. 35.00	90%
Red de clínicas afiliadas del proveedor (Lima y Provincias)	Como amb.	Como amb.
Reembolso en Lima y Provincias.	como amb.	como amb.
Acupuntura		
En centros especializados (deducible por sesión)	S/. 41.00	100%
Tratamientos quiroprácticos		
En centros especializados (deducible por sesión)	S/. 34.00	100%

TOMOGRAFÍAS Y RESONANCIAS		
EN LIMA Y PROVINCIAS	Copago	Cubierto al
Red 1 (mínimo 1 proveedor)	Sin copago	85%
Red 2 (mínimo 3 proveedores) *	Sin copago	80%
Red 3 (mínimo 3 proveedores) *	Sin copago	75%
Red en provincias (mínimo 4 proveedores)	Sin copago	85%

(*) Los proveedores deben ser distintos.



SALUD MENTAL		
1. Atención ambulatoria (Psicología)	Copago	Cubierto al
Red 1 (mínimo 2 proveedores)	50.00	100%
Red 2 (mínimo 2 proveedores)	70.00	100%
Red 3 (mínimo 1 proveedor)	80.00	100%
Redes en provincia (mínimo 3 proveedores)	35.00	100%
Reembolso en Lima	80.00	100%
Reembolso en provincia	70.00	100%
Incluye psicoterapia, correspondiendo el pago de un copago por cada sesión, de acuerdo a la red.		
2. Atención ambulatoria virtual (Psicología) - Crédito		
Red 1 (mínimo 2 proveedores)	35.00	100%
Red 2 (mínimo 2 proveedores)	50.00	100%
Red 3 (mínimo 2 proveedores)	80.00	100%
Redes en provincia (mínimo 3 proveedores)	35.00	100%
Incluye psicoterapia, correspondiendo el pago de un copago por cada sesión, de acuerdo a la red.		
3. Atención ambulatoria (psiquiatría)		
Red 1 (mínimo 2 proveedores)	60.00	70%
Red 2 (mínimo 2 proveedores)	70.00	65%
Red 3 (mínimo 2 proveedores)	80.00	60%
Red en Provincias (mínimo 3 proveedores)	60.00	70%
Reembolso en Lima	90.00	55%
Reembolso en provincia	70.00	60%
4. Atención ambulatoria virtual (Psiquiatría) – Crédito		
Red 1 (mínimo 2 proveedores)	50.00	80%
Red 2 (mínimo 2 proveedores)	70.00	70%
Red 3 (mínimo 2 proveedores)	80.00	60%
Red en provincias (mínimo 2 proveedores)	50.00	80%
5. Atención Hospitalaria		
Red 1 (mínimo 1 proveedor)	1 día de hab.	60%
Red en Provincias (mínimo 1 proveedor)	1 día de hab.	60%
Reembolso en Lima	1 día de hab.	60%
Reembolso en provincia	1 día de hab.	60%



ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONAL		
CHEQUEO PREVENTIVO (Una vez al año durante la vigencia del plan, según edad y sexo)	Copago	Cubierto al
Evaluación médica: Antecedentes, examen clínico, peso, talla, IMC, presión arterial, densitometría ósea (cada 2 años para mayores de 60 años), incluye informe médico de resultados.	AI 100%	
Exámenes auxiliares: Hemograma, hemoglobina, colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos, glucosa, examen de orina (mayores de 40 años), electrocardiograma (mayores de 40 años), radiografía de tórax ⁴		
Prueba de Elisa y VDRL, para población de riesgo a ser definida por la aseguradora.		
Chequeo oncológico: - Evaluación ginecológica (para mujeres): Examen de mama, papanicolaou (mayores de 18 años), ecografía de mama bilateral (a partir de los 30 años), mamografía bilateral (a partir de los 40 años) - Preventivo para varones: Antígeno prostático, para hombres mayores de 50 años. - Examen de thevenon , a partir de los 50 años. - Colonoscopia , a partir de los 50 años, cada 10 años.		
Consulta odontológica: Odontograma, profilaxis simple, fluorización (de 2 a 12 años)		
Consulta oftalmológica: Examen externo del ojo, descartar de estrabismo, medida de agudeza visual, presión ocular y fondo de ojo.		
Consulta psicológica: Control de psicología (para mayores de 4 años).		
INMUNIZACIONES		
De acuerdo a esquema de vacunación nacional recomendado por el Ministerio de Salud para menores de 5 años y mayores de 5 años (incluye adultos, gestantes y adultos mayores).	AI 100%	

COBERTURAS ADICIONALES

COBERTURA	Copago	Cubierto al
Programa de Nutrición (Nutrición en Domicilio)		
- Consulta de control y seguimiento	50.00	100%
- Consulta nutricional inicial	70.00	100%
Planificación Familiar – Crédito		

4 Para pacientes entre 55 y 80 años de edad con antecedente de tabaquismo excesivo, previa autorización del área preventiva del proveedor.

Cobertura hasta 4 consultas ambulatorias por año, incluye métodos anticonceptivos hormonales y no hormonales. Se cubre la inserción y retiro del dispositivo intrauterino (DIU), así como el mismo dispositivo. Edad de inicio a partir de los 12 años de edad.		
En red de clínicas afiliadas al proveedor en Lima y provincias.	Como amb.	Como amb.
Tratamiento de esterilización (vasectomía y ligadura de trompas) – Crédito		
Inicio para anticoncepción quirúrgica voluntaria: Mayores de 30 años salvo que la persona presente factores de riesgo. Se cubre tratamiento de esterilización en ambos sexos.		
En red de clínicas afiliadas -Ligadura de Trompas: Procedimiento realizado en la red de maternidad hospitalaria, según capacidad resolutive. - Vasectomía: Procedimiento realizado en la red de clínicas afiliadas, según capacidad resolutive.	como amb/hosp	como amb/hosp
Terapia Hormonal para menopausia - Crédito		
Se cubre la terapia hormonal basada en los tratamientos aprobados por la FDA, EMA o CADTH.		
En red de clínicas afiliadas al proveedor.	como amb/hosp	como amb/hosp
Enfermedades congénitas Para recién nacidos cuyo nacimiento fue bajo la póliza de salud y que fueron afiliados dentro de los 60 días (calendarios) de nacido.		
Crédito: En red de clínicas afiliadas	como amb/hosp	como amb/hosp
Reembolso: En red de clínicas afiliadas en Lima y provincias	como amb/hosp	como amb/hosp
Segunda opinión nacional e internacional		
Para cirugías electivas o programadas. En caso de segunda opinión nacional, el asegurado deberá coordinar con la aseguradora una cita médica sin costo de deducible ni coaseguro para obtener otra opinión médica. En caso de segunda opinión internacional, el asegurado deberá remitir la historia clínica para que la misma sea evaluada ante una junta médica en el extranjero.	Al 100%	
Alimentación para acompañante hospitalario		
Servicio de alimentación gratuita para un acompañante. El servicio deberá ofrecer sin costo 01 desayuno, 01 almuerzo y 01 cena al día, servida por la clínica durante el tiempo que dure el internamiento. Para internamientos por tratamiento oncológico, el servicio será brindado sin importar la edad del paciente, en caso se trate de una hospitalización no oncológica, el servicio se brindará para pacientes menores de 18 años y mayores de 60 años. El beneficio no aplica para maternidad, beneficio aplicará en Lima y Provincias, según convenio.	Al 100 %	
Gastos de enfermera acompañante – Solo por reembolso hasta S/. 5,000		
Podrán solicitar en caso de enfermedad catastrófica (bajo indicación médica). La cantidad de horas de permanencia de la enfermera acompañante será determinada por el médico tratante, asimismo él deberá especificar si es necesaria la	Al 100%	



permanencia de la enfermera en el domicilio y/o alta del asegurado, el tope de cobertura es de S/5,000 por reembolso, para lo cual es necesario que los asegurados presenten los honorarios médicos de la enfermera que los asistió.		
Extensión de receta por diagnostico crónico – Crédito		
Cobertura para pacientes con diagnósticos de enfermedades crónicas para que reciban medicinas hasta por 90 días más, utilizando la misma receta que recibieron en su última atención médica ambulatoria en una clínica afiliada al plan de salud. Aplica para los siguientes diagnósticos crónicos: hipertensión arterial, arritmia cardíaca, diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipertiroidismo, dislipidemia, asma, rinitis, glaucoma, trastorno del aparato lagrimal, (Ojo seco), gastritis, artritis reumatoide, enfermedad de Parkinson, hiperplasia benigna de la próstata, osteoporosis, menopausia.	Sin copago	Como amb.
Prótesis quirúrgica –Hasta S/. 17,500 Cobertura por prótesis quirúrgicas internas.		
Red ambulatoria, en centros afiliados al plan		Al 100%
Reembolsos en Lima y Provincias		Al 100%
Sepelio y/o cremación en Lima y Provincias - Hasta S/. 7,700.00		
Crédito y/o reembolso		Al 100%

OTROS BENEFICIOS

Cuidado de la Columna - Crédito		
En centros afiliados al proveedor en Lima y provincias. - En Lima (mínimo 1 proveedor) - En provincia (mínimo 1 proveedor).	Sin copago	90%
El programa incluye consulta médica con medicina física y rehabilitación cubierta al 100%, terapias físicas en domicilio (sujeto a cobertura del proveedor), servicios de imágenes, según indicación médica y de acuerdo a cobertura del proveedor, así como manejo del dolor a cargo de licencias en enfermería, previa indicación del médico tratante.		
Desastres naturales por persona – Crédito hasta S/280,000	Como Amb/hosp	Como Amb/hosp
Enfermedades epidémicas – Crédito hasta S/5,000	Como Amb/hosp	Como Amb/hosp
Toxina botulínica (solo con fines terapéuticos)	Como Amb/hosp	Como Amb/hosp
Terapia biológica para tratamientos no oncológicos	Sin copago	85%
Homeopatía	S/. 51.00	100%
Servicio de Ambulancia para la entidad		
Por un máximo de 12 horas (pueden ser fraccionadas), durante la vigencia del plan, en las fechas que solicite el área usuaria, previo aviso de mínimo 10 días útiles antes		Al 100%



del evento.	
Charlas sobre el producto.	
Mínimo dos (2) charlas presenciales, durante la vigencia del plan, en las fechas que solicite el área usuaria. Mínimo una (1) charla virtual, durante la vigencia del plan, en las fechas que solicite el área usuaria.	Al 100%

CONDICIONES ESPECIALES

- La cotización deberá efectuarse considerando términos anuales, el Tribunal Constitucional contratará la cobertura mes a mes con el correspondiente pago de prima mensual.
- No se aplicará período de carencia para titulares y dependientes.
- Se debe dar continuidad de cobertura y de enfermedades pre-existentes, se extiende para los nuevos ingresos a la póliza.
- El trámite de las afiliaciones deberá realizarse en un plazo máximo de 7 días calendario, de presentada la solicitud, siendo el inicio de vigencia el 1er día del mes siguiente de la solicitud.
- La permanencia temporal de los Magistrados y solo en el caso de ellos, se encontrarán incluidas todas las dolencias y/o enfermedades pre-existentes, anteriores al ingreso del seguro médico del Tribunal Constitucional. El Tribunal enviará la relación inicial y variaciones cada vez que haya un ingreso o salida de un magistrado a la póliza para determinar quiénes son los asegurados que tienen este beneficio extra.
- Se cubrirá maternidad de la titular sola o de la cónyuge o concubina del titular, sin recargo alguno y sin periodo de espera.
- Los hijos de los titulares nacidos dentro de la vigencia de la póliza deberán ser registrados automáticamente por la aseguradora, sin necesidad de llenar la solicitud de afiliación, sin embargo, la entidad deberá dar aviso a la aseguradora sobre el nacimiento del hijo del titular para que sea registrado y otorgar cobertura. Solo en el caso de que haya pasado 60 días o más del nacimiento del niño será necesario la solicitud de inclusión adjuntando el DNI del menor para comunicarlo a la aseguradora, la cual debe afiliarlo con cobertura de enfermedades congénitas.
- El control de niño sano se podrá realizar en cualquiera de las clínicas afiliadas que designe la Compañía de seguros y no estará condicionada a la clínica donde se atendió el parto.
- El postor deberá anexar a su propuesta la relación de clínicas afiliadas a nivel nacional, indicando dirección exacta y teléfonos actualizados. El Tribunal Constitucional se reserva el derecho de negociar con la aseguradora la inclusión o exclusión de una entidad de salud dentro de las mismas redes contratadas.
- Los deducibles indicados deberán incluir IGV.
- Los reembolsos por conceptos de honorarios médicos, serán reconocidos considerando la Tarifa "A" de la asociación de clínicas y hospitales particulares. Tope máximo por consulta de S/. 250.00.
- Se cubre diagnósticos de Osteoporosis y Menopausia (tratamiento, exámenes y medicinas: hormonas y calcio, según sea el caso en estos tratamientos).
- Las clínicas y/o centros médicos propuestos por la aseguradora que obtenga la Buena Pro, en ningún caso podrán ser menor de número de veinte (20).
- El servicio médico a domicilio deberá efectuarse en un plazo no mayor de 03 horas después de haber sido requerido por el usuario, en caso de existir alguna imposibilidad para cumplir dentro de este parámetro de tiempo, el mismo podrá ser reemplazado por el Servicio Médico Telefónico, mediante el cual se deberá monitorear al paciente, hasta la llegada del médico, o hasta definir si es necesario su asistencia en alguna clínica, para lo cual y de ser el caso la Aseguradora dispondrá inmediatamente de una Ambulancia para el traslado. Se precisa además que las atenciones programadas de médico a domicilio son únicamente para diagnósticos primarios.
- El servicio de ambulancia deberá efectuarse con prioridad, según la disponibilidad que tenga el proveedor (máximo 1 hora) y de factores externos para llegar al punto de atención y dependiendo de la gravedad del caso, el paciente deberá ser monitoreado estrictamente hasta la llegada de la unidad, bajo responsabilidad.
- Por disposiciones administrativas de la institución, los hijos de los titulares podrán permanecer en la póliza, solo hasta los 25 años, 11 meses y 29 días.
- El beneficio de Maternidad, no se hará extensivo a las hijas de los titulares de la póliza.
- La cobertura de stents deberá ser considerada bajo el beneficio máximo anual.
- El importe de las liquidaciones deberá incluir el agenciamiento de diez por ciento, de acuerdo con lo estipulado en los Artículos 32° y 34° de la Resolución SBS N° 809-2019, y conforme al índice de agenciamiento publicado de forma oficial por la SBS en su página web a la fecha del mes de la convocatoria del presente proceso.
- La Red de proveedores oncológicos no se limitará a un grupo de asegurados, este se deberá extender a todos los asegurados declarados en la póliza.



NOTA IMPORTANTE)

Los postores en sus propuestas considerarán las clínicas y/o centros médicos en las diferentes redes, según sus convenios que tengan con las mismas. Sin embargo, se detallan las clínicas de manera referencial para que lo consideren en sus propuestas u otras que la compañía considere de igual o mejor categoría.

CLÍNICAS

1. Maison de Santé (todos los locales)
2. San Pablo (todos los locales)
3. Javier Prado
4. Ricardo Palma
5. Angloamericana (todas las sedes)
6. Internacional (todos los locales)
7. El Golf
8. San Felipe (San Isidro y Camacho)
9. Delgado
10. Sanna (todos los locales)
11. Limatambo (todos los locales)
12. Stella Maris
13. San Judas Tadeo
14. Cayetano Heredia (todos los locales)
15. Padre Luis Tezza
16. Especialidades médicas
17. Santa Isabel
18. Vesalio
19. Centenario Peruano Japonesa
20. Good Hope
21. AUNA
22. Hogar Clínica San Juan de Dios
23. AVIVA
24. Detecta

CENTROS MÉDICOS

Suiza Lab, Medex, Jockey Salud, y otras que la compañía considere de igual o mejor categoría.

CENTROS ODONTOLÓGICOS

Americano, San José, Odontofresh, Sonrisa Total

CENTROS OFTALMOLÓGICOS

Opeluce, Instituto Oftalmológico Wong, Oftalmosalud (todos sus locales), Oftalmic Service, T.G. Laser, Oculaser, Macula D & T, oftálmica, Futuro visión y otras que la compañía considere de igual o mejor categoría.

CENTROS DE IMAGEN

Resocentro, Resomasa, CIMEDIC, DPI y otras que la compañía considere de igual o mejor categoría.

El postor ganador, deberá incluir proveedores de acuerdo a los convenios que tenga con las clínicas y centros médicos para cada tipo de atención. Sin embargo, se precisa que las clínicas Ricardo Palma, Anglo Americana, Internacional, San Felipe, Detecta y Oncocenter, deben ser consideradas dentro de la relación de proveedores por existir tratamientos en curso.

SISTEMA DE LIQUIDACIÓN DE PRIMA

El pago será mensual y la facturación se trabajará a mes vencido con todos los movimientos del mes, que se realicen hasta el 25 de cada mes serán visualizadas en la factura mensual, en caso que los movimientos sean declarados luego, se deberán emitir con notas de crédito y/o débito para luego ser aplicadas a la factura principal.

INFORMACIÓN ADICIONAL

COMPOSICIÓN FAMILIAR	
Titular solo	52
Titular + 1 Dependiente	59
Titular + 2 Dependiente	25
Titular + 3 Dependiente	12
Titular + 4 Dependiente	2
Titular + 5 Dependiente	1
Hijos mayores de 18 años hasta 25 años (inclusive)	58

