

# Agenda

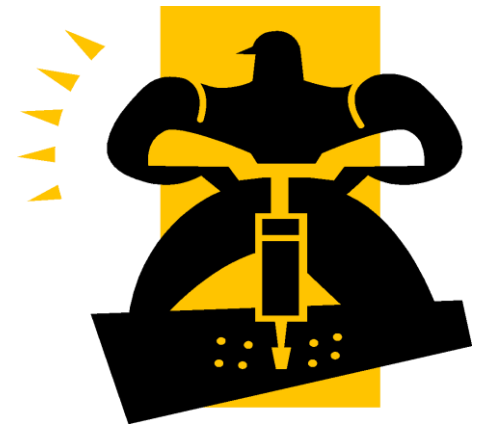
- ¿Qué es SCTR?
- ¿Qué constituye accidente laboral?
- ¿Cual es la estructura área Siniestros Sctr-Salud?
- ¿Cuales son los procedimientos?
- Consultas



# ¿Qué es el Seguro Complementario de Riesgo?



Es un seguro obligatorio por ley que brinda cobertura de atención médica o prestaciones económicas requeridas por el trabajador a consecuencia de **accidentes de trabajo** o por **enfermedades profesionales** que tienen la calidad de **afiliados regulares** del Seguro social de salud, de empresas que realizan actividades de riesgo de acuerdo al anexo N° 5 del DS N°009-97-SA



# ¿Qué es un accidente de trabajo?

## Es Accidente Laboral

- Cuando están cumpliendo funciones laborales.
- Cuando se produce en el lugar de trabajo.
- Cuando se produce en el horario de trabajo.
- Cuando el trabajador se encuentra de comisión de servicio, cumpliendo una orden del empleador.

## No es Accidente Laboral

- Cuando es provocado intencionalmente por el empleador o a causa de peleas.
- Durante Actividades recreativas o deportivas.
- Cuando se encuentra bajo efectos del alcohol o drogas.
- Cuando incumple una orden escrita o impartida por el empleador
- Durante vacaciones, permisos o licencias.
- Cuando se produzca por causas de la naturaleza

# ¿Qué coberturas tiene SCTR?

## ¿Qué cubre?

### Salud

- Atención Médica
- Rehabilitación
- Prótesis /Ortopedia
- Asesoramiento preventivo en salud ocupacional

### Pensión

- Supervivencia
- Invalidez
- Sepelio

PACIFICO  
EPS

PACIFICO  
VIDA

### ¿A quien contactar?

•SCTR-SALUD

•SCTR-PREVENCIÓN

•SCTR-VIDA

Correos de Ejecutivos SCTR

[prevencionderiesgos@pacifico.com.pe](mailto:prevencionderiesgos@pacifico.com.pe)

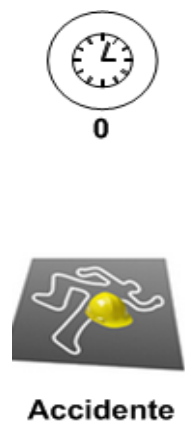
[Consultas.beneficio@pacificovida.com.pe](mailto:Consultas.beneficio@pacificovida.com.pe)




# PROCEDIMIENTOS Y REQUISITOS



# ¿Cómo Reportar un Accidente SCTR?



Notificar siniestro (sea emergencia o no) en un plazo máximo de 24 horas




**24 H**



**Sac - SCTR**

- Sinistros@pacífico.com.pe
- Ejecutivo de cuenta



Asunto SCTR – Nombre de trabajador según DNI  
- Razón Social del Empleador

- Razón Social del Empleador
- Nombre de Trabajador
- DNI del asegurado
- Fecha y hora del accidente
- Actividad laboral que estaba realizando
- Descripción y detalle del accidente

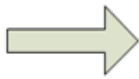
# ¿Qué hacer en caso de Accidente Laboral? (Atención de Emergencia)



Descarga de Solicitud (Entregar a la clínica un original y una copia)  
<http://www.pacificoseguros.com/site/empresas/empleados/sctr.aspx>



Empleador



Emergencias



Presentar:  
 \* DNI o Fotocheck  
 \* Solicitud de atención médica (original y copia)  
 ambas completamente llenas con firma y sello  
 en original del delegado del empleador



Clínica

## ¿Qué hacer en caso de Atención de Emergencia y no se tenga los formatos?

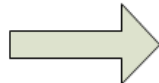


0

Otorgar DNI o Fotocheck del asegurado



Empleador



48 H

Regularizar en un plazo de 48 horas  
 La solicitud de atención médica y/o  
 declaración de accidentes



Empleador



**SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA SCTR**

**PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA (Campos Obligatorios)**

Accidente de trabajo ( ) Enfermedad profesional ( ) Primera atención ( ) Continuación de tratamiento ( )

Empresa \_\_\_\_\_ RUC \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ap. Paterno \_\_\_\_\_ Ap. Materno \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Cargo o Puesto de Trabajo del Paciente \_\_\_\_\_

Detalle del accidente o de la enfermedad profesional \_\_\_\_\_ Fecha de Accidente \_\_\_\_\_ Hora de Accidente \_\_\_\_\_ En el labor habitual SI ( ) No ( )

Fuera de las instalaciones ( ) Dentro de las instalaciones ( ) \_\_\_\_\_

Tipo de accidente		Fuente o causa de la lesión			
Golpes ( )	Quemaduras ( )	Sobre esfuerzo ( )	Coler ( )	Sustancias químicas ( )	Medicina ( )
Cortes ( )	Inyección ( )	Atrapado ( )	Maldos ( )	Eléctricos ( )	Herramienta manual ( )
Cáncer ( )	Atrapamiento ( )	Otro ( )	Virus ( )	Escaleras ( )	Otros ( )

Partes del cuerpo afectadas		Lesión o daño sufrido			
Dedos ( )	Tórax ( )	Pie ( )	Contusión ( )	Lesión ( )	
Cabeza ( )	Brazo ( )	Oreja ( )	Quemaduras ( )	Laceración ( )	Pinchazo ( )
Mano ( )	Pierna ( )	Otro ( )	Raspaduras ( )	Lesiones múltiples ( )	Electrocución ( )

Marcar las partes del cuerpo afectadas

Relatar cómo ocurrió el accidente

Cartelera que el afiliado o la atención médica sustente a su empresa y debe presentar a las beneficiarias contratadas en nuestro plan de salud. Lea las instrucciones anteriores con atención y, en el sentido, el afiliado suscribe la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada. Asimismo, de conformidad con el artículo 25 inciso c) de la Ley General de Salud 29842, el afiliado presta su consentimiento para que los médicos y médicos tratantes presten o le suministren cualquier información del estado médico, el accidente o la atención, según corresponda. Si desea recibir información, reparaciones o el servicio de información, de acuerdo al artículo 25 inciso c) de la Ley General de Salud 29842, el afiliado suscribe la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada. Asimismo, de conformidad con el artículo 25 inciso c) de la Ley General de Salud 29842, el afiliado presta su consentimiento para que los médicos y médicos tratantes presten o le suministren cualquier información del estado médico, el accidente o la atención, según corresponda. Si desea recibir información, reparaciones o el servicio de información, de acuerdo al artículo 25 inciso c) de la Ley General de Salud 29842, el afiliado suscribe la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada.

Firma y sello de la empresa

**PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE (Campos Obligatorios)**

Nombre del establecimiento de salud \_\_\_\_\_ Nombre del médico tratante \_\_\_\_\_ CUIP \_\_\_\_\_ Fecha de la atención \_\_\_\_\_

Fecha de estado inicial que presenta el paciente \_\_\_\_\_

Embarazo: SI ( ) No ( )	Tiempo (sem): _____	Diagnóstico	CFE 10
_____	_____	1. _____	_____
_____	_____	2. _____	_____
_____	_____	3. _____	_____
_____	_____	4. _____	_____

Firma y sello del Médico Tratante. Quien firma y suscribe certifica la veracidad de los datos del presente formulario en general y, específicamente, en los siguientes ítems: nombre del beneficiario, diagnóstico, correspondencia entre el diagnóstico y el presente.

**PARA SER LLENADO ÚNICAMENTE POR PACÍFICO (USO INTERNO)**

Cubierto SI ( ) NO ( ) Autilado En base ( ) En clínica ( )

Motivo y/o causa \_\_\_\_\_

Firma y sello

# ¿Qué documentos solicitamos en Investigación de Accidente?



**pacífico**

La Compañía de Seguros podrá solicitar los siguientes documentos

- Ampliación del accidente
- Evaluación médico ocupacional de los últimos 3 años.
- Historial del puesto del trabajo
- IPER del puesto de trabajo
- Cargo y Funciones y Procedimientos del trabajador
- Capacitaciones y/o entrenamientos recibidas por el trabajador
- Cargo de recepción de EPP (Equipos de Protección Personal), fecha, nombre del trabajador y firma.



# ¿ Cuales son los requisitos para activar Sctr por Enfermedad Profesional?

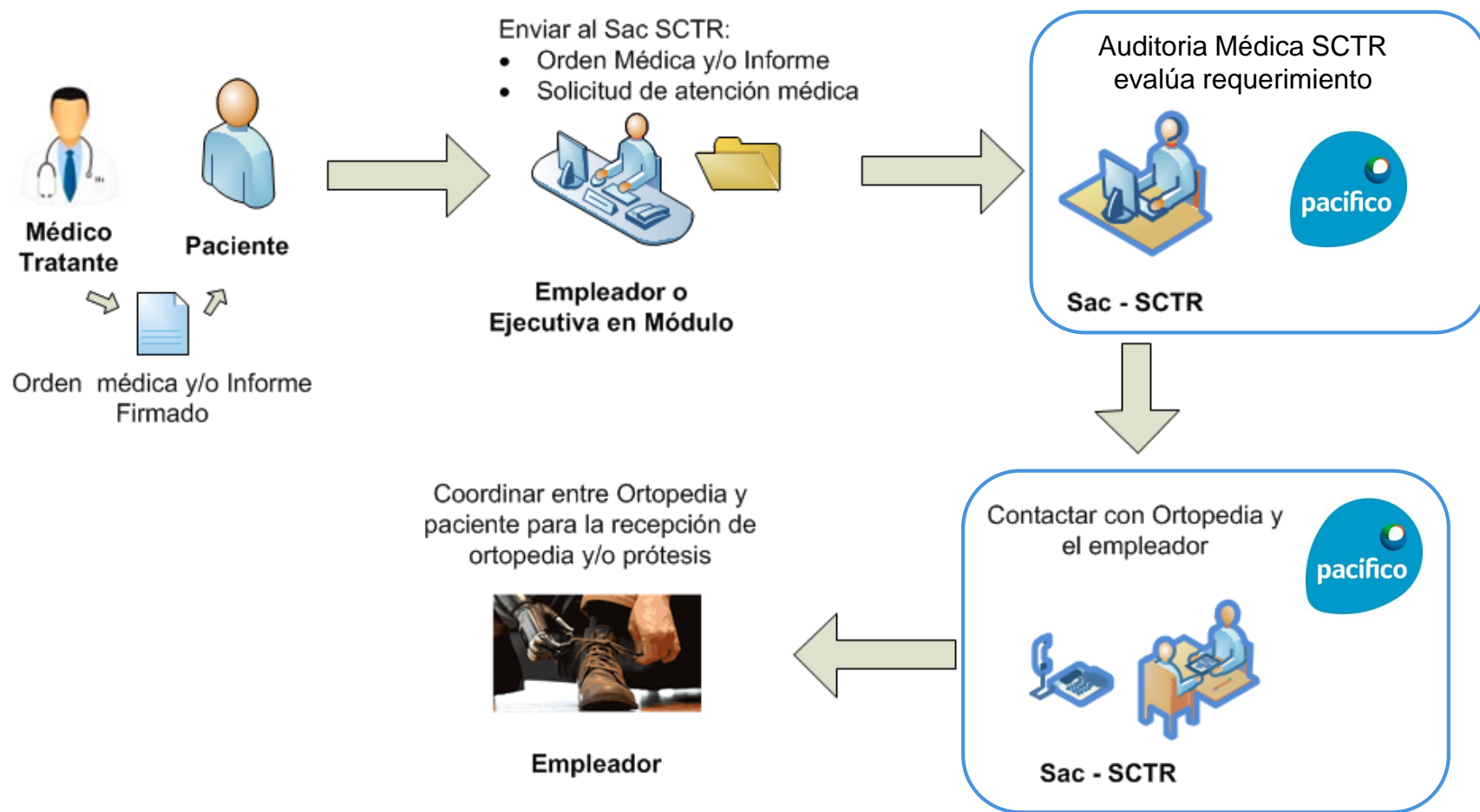


- Informe Medico del 2018 (Tratante)
- Informe Medico Ocupacional
- EMOS de los 3 últimos años
- Historia Laboral
- IPERC
- Información adicional propia al diagnóstico que presenta el paciente

# ¿Cómo solicitar un Artículo Ortopédico y/o Prótesis?



pacífico



## Evacuación:

- Según las Normas Técnicas del Decreto Supremo N° 003-98-SA Capítulo II Artículo 17 inciso 4 dentro de las Atenciones de Siniestros indica:
- "...La Entidad Empleadora es responsable de trasladar al ASEGURADO accidentado al establecimiento de salud del IPSS o de la EPS que hubiera otorgado la cobertura de salud por trabajo de riesgo..."
- Por lo expuesto, es responsabilidad del empleador tener un plan de evacuación del lugar del accidente al establecimiento de salud más cercano al lugar de la Emergencia (clínica afiliada o ESSALUD) ante un probable accidente laboral.

# Protocolos de Evacuación y Traslado



## Traslado:

- › El traslado de un paciente tiene cobertura si cumple obligatoriamente con determinados criterios, los cuales son evaluados de acuerdo al lugar y circunstancias de la solicitud:
- › 1. Paciente hospitalizado y que presenta emergencia médica
- › 2. Falta de capacidad resolutive del prestador (equipos y/o especialistas)
- › 3. Orden escrita por parte del médico tratante, quien indica medio de transporte a utilizar.
- › 4. Condición del paciente permite ser trasladado

# Accidente de tránsito en cumplimiento de función laboral



**pacífico**



Activar Soat  
Primero



Empleador

Cuando la cobertura  
del SOAT haya  
acabado, activar:



Empleador

## Remitir:

- 1) Reporte de Investigación del accidente indicando función laboral
- 2) Denuncia Policial
- 3) Carta de la Cía. Aseguradora donde indique fin de SOAT

DS-024-2002- MTC - SOAT : "**Accidente de Tránsito.**- Evento súbito, imprevisto y violento (incluyendo incendio y acto terrorista) en el que participa un vehículo automotor en marcha o en reposo (detenido o estacionado) en la vía de uso público, causando daño a las personas, sean ocupantes o terceros no ocupantes de vehículo automotor, que pueda ser determinado de una manera cierta."

# Reactivación del Sctr salud



El empleador solicita al ejecutivo Siniestros SCTR la reactivación de cobertura remitiendo vía @ la siguiente **Documentación Obligatoria** para su evaluación:

**\*\*\* Si el trabajador no ha continuado atendiéndose posterior a su alta médica en un plazo de 1 a 5 meses**

1) Remitir el documento del alta médica ✓

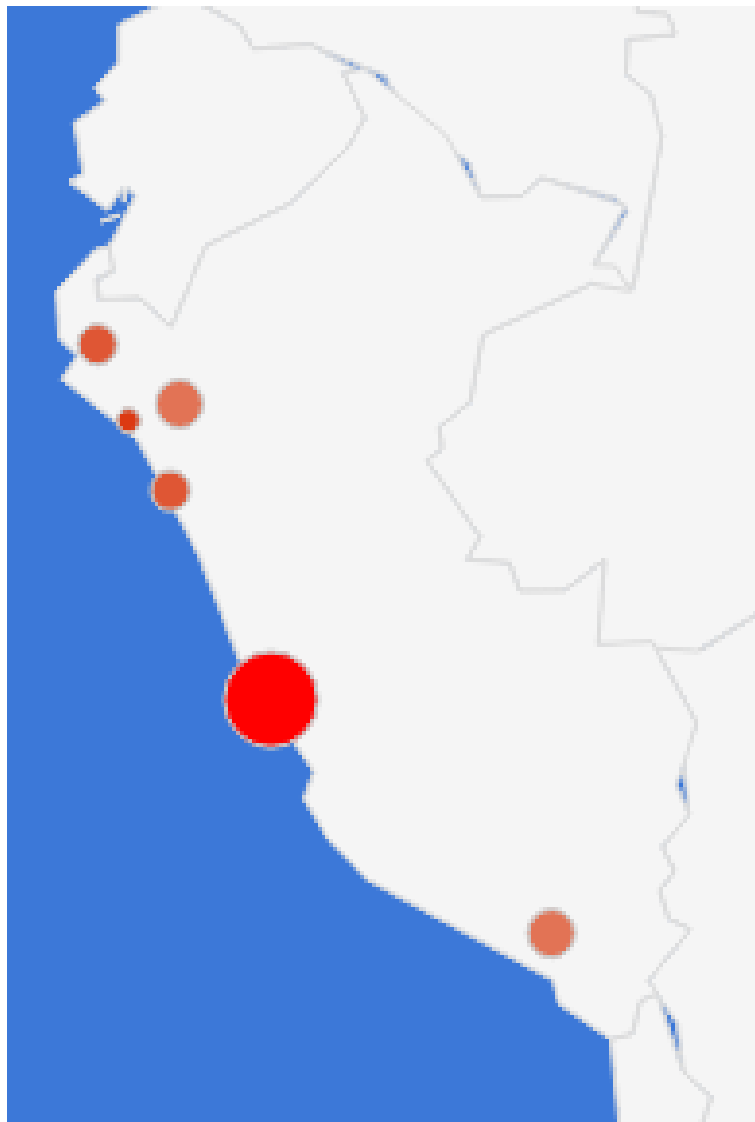
2) Indicar los motivos por los cuales el paciente/cliente solicita reactivar el seguro ✓

3) Si el paciente no fue dado de alta médica, indicar los motivos por los que discontinuó su tratamiento. ✓

**Nota:** Según el caso se puede solicitar mayor información.

# Módulos de Pacífico en Clínicas Afiliadas (Sujetos a Modificación)

Región	Clínicas
Lima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricardo Palma (San Isidro)</li> <li>• San Pablo (Surco)</li> <li>• Stella Maris</li> <li>• Anglo Americana</li> <li>• San Felipe</li> <li>• Vesalio</li> <li>• San Gabriel</li> <li>• El Golf</li> <li>• Good Hope</li> <li>• Tezza</li> <li>• Jesús del Norte</li> <li>• San Borja</li> <li>• Centenario Peruano Japonesa</li> <li>• Internacional sede San Borja</li> </ul>
Cajamarca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• San Francisco</li> <li>• Limatambo</li> <li>• Los Fresnos</li> </ul>
Trujillo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peruano Americana</li> <li>• Sanchez Ferrer</li> </ul>
Arequipa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arequipa</li> <li>• Sanna del Sur</li> <li>• San Juan de Dios</li> <li>• Auna Valle Sur</li> </ul>
Piura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belén</li> </ul>
Chiclayo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Del Pacífico</li> </ul>
Cuzco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pardo</li> <li>• Mac Salud</li> </ul>





# CONSULTAS

