

Código SBS: AE 0506100403

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

SOLICITUD - PÓLIZA SIMPLIFICADA DE MICROSEGURO ACCIDENTES PLAN PROTECCIÓN TOTAL Y SALUD

Póliza No: 4133-500001

Certificado: 8

Inicio de vigencia: 27/08/2020

Fin de vigencia:

IMPORTANTE

Este Microseguro incluye un beneficio que consiste en un Programa de Asistencias, el mismo que es gestionado y operado por la empresa una empresa de servicio de asistencia, cuyo Manual de Uso consta como Anexo N° 1 al presente documento. Para solicitar cualquier beneficio de la Asistencia deberás llamar al (01) 680-3524 (Lima) o al 0-800-74-045 (provincias). Los beneficios contenidos en el Programa de Asistencias NO podrán ser brindados en caso no hayas llamado a los teléfonos indicados en el párrafo precedente.

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros

RUC: 20100041953

Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima

Teléfono: 411-3000 / Fax: 421-0555

Página Web : www.rimac.com

DATOS DEL COMERCIALIZADOR / CONTRATANTE

Comercializador: BANCO INTERNACIONAL DEL PERU-INTERBANK

RUC: 20100053455

Dirección: AV. CARLOS VILLARAN 140 URB. SANTA CATALINA- LAVICTORIA

Teléfono: 2192000

Página web: www.interbank.pe

DATOS DEL ASEGURADO / RESPONSABLE DE PAGO

Nombres y Apellidos: VILLAVICENCIO DIAZ EVELYN MANUELA

Tipo Doc : DNI

N°: 72887318

Fecha Nac: 11/09/1994

Sexo: F

Domicilio: CALLE CL AUSEJO PINTADO NRO 225 URB AMAY FRENT

Distrito: HUACHO

Provincia: HUAURA

Teléfono: /

Correo electrónico:

EVELYN_MACCHA@AFFINITYLATAM.COM

VIGENCIA

La vigencia del Plan es mensual y se renueva automáticamente, por períodos iguales y sucesivos.

COBERTURA DEL SEGURO

Cobertura Principal	Suma Asegurada
<p>Muerte Accidental (Fallecimiento por accidente) Si como consecuencia de un accidente se produce el fallecimiento del Asegurado, RIMAC indemnizará al Beneficiario que corresponda, siempre que el evento no se encuentre excluido ni dentro del periodo de carencia. Asimismo, para considerar que el evento es materia de cobertura, el fallecimiento debe producirse dentro de los noventa (90) días calendario contados desde la fecha del accidente.</p>	S/. 5,000

Gastos de curación

Se entiende por gastos de curación por accidente a todos los honorarios médicos, gastos hospitalarios, cirugías, medicamentos, pruebas y exámenes médicos, requeridos por el Asegurado en caso sufra un accidente durante la vigencia de la póliza y que sus causas no se encuentren excluidas por la póliza. Se pagará un deducible de por evento de S/. 50; monto de gastos a reembolsar según Tarifario de AP que es parte de las condiciones de la póliza, el cual también puede ser descargado de nuestro sitio web. <https://www.rimac.com/vida/familia/accidentes-personales-banca-seguros>

S/. 1,000.00

BENEFICIOS

Asistencia Banca Empresa (Beneficio Adicional de Asistencia Banca Empresa Salud Estándar)

Según Términos y Condiciones del Manual de Uso (ver Anexo N° 1 de este Certificado de Seguro)

BENEFICIARIOS

Para la cobertura de Fallecimiento:

La condición de beneficiario recaerá en la persona correspondiente, la cual será fijada tomando en cuenta el siguiente orden de prelación:

- Cónyuge o Conviviente Legal
- A falta de cónyuge o conviviente legal, será el hijo mayor del asegurado (siempre que éste sea mayor de edad). En caso el beneficiario sea menor de edad, se pagará a "Cuenta Bancaria en custodia".

A falta de estos, se pagará a los herederos legales, previa presentación de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada del Asegurado.

Para la cobertura de gastos de curación:

El beneficiario será el Asegurado.

PRIMA COMERCIAL

	Plan Familiar
PRIMA COMERCIAL MENSUAL (sin. IGV)	S/. 8.47
PRIMA COMERCIAL TOTAL MENSUAL (inc. IGV)	S/. 10.00

Comisión del Comercializador:

Sobre la prima comercial mensual:

	Plan Familiar
COMISIÓN COMERCIALIZACIÓN	20 %

La prima será cargada a la Cuenta negocio del Cliente en el Banco Interbank. En caso de no encontrar fondos suficientes para hacer el cargo de la prima, su póliza quedará extinta a los noventa (90) días calendario consecutivos contados desde la fecha del primer incumplimiento. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por el Certificado de Microseguro.

Si a la fecha del siniestro hubiera prima pendiente de pago serán solidariamente responsables del pago de la prima pendiente el Asegurado y el(los) Beneficiario(s).

DEDUCIBLES

No Aplica.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Podrán asegurarse bajo la presente póliza, las personas naturales que cumplan con los siguientes requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del siguiente rango:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 74 años y 364 días
- Edad máxima de permanencia: 79 años y 364 días

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Por medio de la presente, el RESPONSABLE DE PAGO autoriza al COMERCIALIZADOR a realizar el cargo mensual de la prima en la Cuenta Negocios que mantiene el contratante, siempre que figure como titular y se encuentre habilitada para este tipo de operaciones durante la vigencia de la póliza contratada. El cargo realizado mensualmente estará reflejado en la Cuenta Negocio Interbank, según la fecha de facturación de la misma.

Nota: EL COMERCIALIZADOR no es responsable por los cargos que no pudieran ser efectuados, ni de la extinción del contrato de seguro por falta de pago de la prima. El RESPONSABLE DE PAGO se encuentra obligado a mantener activa la Cuenta Negocio Interbank y con saldo suficiente a fin de que pueda efectuarse el cargo de la prima mensual.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Podrás arrepentirte de la contratación de este microseguro, presentando una carta con copia de DNI en las Plataformas de RIMAC SEGUROS, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha de haber recibido esta Póliza Simplificada, siempre que no hayas utilizado las coberturas y/o beneficios otorgados por este seguro. Una vez ejercido el Derecho de Arrepentimiento, se procederá a devolver la totalidad de la prima pagada al Responsable de Pago. El Asegurado podrá ejercer este derecho empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia directa o indirecta de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de embriaguez y/o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/litro o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/litro por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.
- Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho a recibir el capital garantizado de los restantes beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.
- Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo, terrorismo y conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado; así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.

- e. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa; servicio militar; así como participación activa o actos notoriamente peligrosos.
- f. Accidentes ocasionados por fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunami, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.
- g. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, downhill, concursos o prácticas hípicas, andinismo, caza, pesca submarina, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, kayak, caminata de montaña, rafting, rappel, snowboard, trekking, sky-surf, street-skate, mountain bike, deportes acuáticos, práctica de ciclismo, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, tabla hawaiana, toreo, deportes a caballo y artes marciales.
- h. Viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas. Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas los Vehículos de carga.
- i. Los accidentes derivados de los siguientes actos temerarios, maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas: trabajadores de construcción; trabajadores de la industria maderera; trabajos que implican la manipulación de sustancias radioactivas, corrosivas y/o patológicas; trabajadores de la industria petrolera y gas; ganaderos; electricistas; trabajadores de la minería; pilotos y/o tripulantes de nave aérea, marítima, hípica, y/o helicópteros; aviación deportiva; fumigador; exhibiciones acrobáticas; trabajadores de calderas; cobradores; transportistas de sustancias tóxicas, carga pesada, ganado y/o sustancias inflamables; misioneros; expedicionistas científicos; estibadores; trabajos que implican la manipulación de sustancias, armas de fuego y/o explosivos; trabajadores de drenajes y dragas; trabajadores de espectáculos circenses; fotógrafos en zonas de conflicto; guardabosques; guardaespaldas; salvavidas; trabajos en altura; instaladores de antenas; investigadores privados; operadores de maquinaria pesada; trabajadores de aduana o frontera; trabajos que implican la manipulación de juegos pirotécnicos; políticos; servicios de salvamento y tripulación submarina; bomberos; miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales; ingenieros químicos; periodistas corresponsales de guerra.
- j. Los Accidentes derivados de infarto de miocardio, ataque epiléptico, apoplejías, síncope, accidente cerebro vascular, desvanecimientos, sonambulismo y trastornos mentales, así como aquellos originados o como repercusión o consecuencia de estos eventos, episodios o crisis y/o los derivados de negligencia médica o mala praxis.
- k. Las consecuencias de hernias, inhalación de gases, intoxicaciones, envenenamientos sistemáticos.
- l. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.
- m. Complicaciones de embarazos o partos.
- n. Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.

DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

El Asegurado podrá resolver este Certificado de Seguro enviando una carta a la ASEGURADORA, expresando su voluntad de resolverlo con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución. Corresponde a la ASEGURADORA la prima por la vigencia corrida del Certificado de Seguro.

CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA Y RESOLUCIÓN AUTOMÁTICA DEL CERTIFICADO DE MICROSEGURO

En caso que el Asegurado incumpla con el pago de la prima de seguro, este Certificado de Microseguro se resolverá automáticamente a los 90 días calendarios consecutivos contados desde la fecha del primer incumplimiento. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por el Certificado de Microseguro.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro se renueva mensualmente y de manera automática, en las mismas condiciones vigentes en el período anterior. Cuando la ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al ASEGURADO detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de 45 días previos al vencimiento del contrato.

AVISO DE SINIESTRO

Deberás dar aviso a RIMAC SEGUROS y/o a INTERBANK (El Comercializador), dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha de producido el fallecimiento, bajo los términos y condiciones de este Certificado de Seguro.

SOLICITUD DE COBERTURA

Para atender las solicitudes de cobertura de Fallecimiento, deberán remitir digitalmente los siguientes documentos al correo electrónico [solicitudsiniestrospersonas@rimac.com.pe], indicando en el asunto el nombre completo del asegurado y N° de póliza certificado:

Para la cobertura de Fallecimiento

- a. Solicitud de cobertura debidamente llenada y proporcionada por la Aseguradora para tales efectos.
- b. Copia Certificada de la Partida de Defunción del Asegurado.
- c. Historia clínica completa del Asegurado, foliada y fedateada.
- d. Documento de identidad de los Beneficiarios según el orden de prelación de Beneficiarios establecido en este Certificado de Seguros. En caso que el beneficio recaiga sobre un menor de edad y no cuente con documento de identidad, deberá presentar su Documento Nacional de Identidad (DNI).
- e. Certificado o declaración jurada domiciliaria (en caso de Beneficiarios menores de edad).
- f. En caso que el beneficio recaiga sobre los herederos legales debido a que no existen beneficiarios bajo el orden de prelación de beneficiarios establecido, se deberá adjuntar Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la sucesión intestada en Registros Públicos. En caso que el Asegurado haya otorgado un Testamento, se tomará en cuenta para efectos del otorgamiento del beneficio siempre que haya sido otorgado con posterioridad a la fecha de contratación del seguro, y en tanto haya sido voluntad expresa del testador en elegir a beneficiarios distintos a los señalados en el orden de prelación.

En caso que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un Accidente, adicionalmente a los documentos antes mencionados, se deberán presentar los siguientes:

- a. Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales.
- b. Protocolo de Necropsia.
- c. Resultado del Dosaje Etílico; sólo en caso de accidente de tránsito siempre que el accidente sea consecuencia directa de esos estados y esta situación sea acto generador del siniestro.
- d. Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Asimismo, se deberá presentar la solicitud de cobertura y adjuntar todos los documentos que se tenga disponible, exceptuando la resolución judicial que confirma el fallecimiento. Cuando la resolución judicial de muerte presunta sea expedida, deberá ser presentada a La Aseguradora junto con la correspondiente partida de defunción.

Se entenderá que los documentos que acreditan la muerte presunta del Asegurado están completos, cuando los beneficiarios presenten la Resolución Judicial y la Partida de Defunción, ambos indicados en el párrafo precedente, por lo que el pronunciamiento de La Aseguradora se encontrará suspendido hasta la recepción de dichos documentos.

Para la cobertura de gastos de curación

- a. Recibo por honorarios del médico a nombre del paciente.
- b. Factura a nombre de Rimac Seguros, RUC 20100041953.
- c. Órdenes Médicas y resultados de exámenes.
- d. Recetas Médicas.
- e. Informe del médico tratante o copia de Historia Clínica.
- f. Documento de identidad del Asegurado.

PAGO DE SINIESTRO

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación e información completa exigida por el presente certificado, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO o BENEFICIARIOS o HEREDEROS, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros 20 días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso que la ASEGURADORA no se pronuncie dentro del plazo de 30 días a que se refiere en el primer párrafo del presente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la ASEGURADORA para consentir o rechazar el siniestro.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de 30 días para proceder el pago del beneficio.

MEDIOS HABILITADOS POR LA ASEGURADORA PARA PRESENTAR CONSULTAS Y/O RECLAMOS

- Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas
- Mediante carta dirigida a Rimac Seguros o a través de la página web o correo electrónico.
- Central de Consultas y Reclamos: (01)411-3000
- Correo electrónico: reclamos@rimac.com.pe
- Web: www.rimac.com

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTACIÓN DE CONSULTAS / RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado:	Página web: www.defaseg.com.pe Dirección: Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima Telf.: Lima:(01) 421-0614
Indecopi:	Página web: www.indecopi.gob.pe Dirección: Sede Central Lima Sur: Calle de la Prosa 104, San Borja. Sede Lima Norte: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos. Telf.: Lima: (01) 224-7777 Provincias: 0800-4-4040

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS):

Página web: www.sbs.gob.pe
Oficina Principal: Los Laureles 214, San Isidro, Lima
Plataformas de Atención:
Lima: Jr. Junín N° 270, Lima
01. Arequipa: Los Arces 302, Urb. Cayma.
Piura: Jr. Prócer Merino 101, Urb. Club Grau
Huancayo: Pasaje Comercial N° 474, El Tambo Iquitos: Calle Putumayo N° 464
Teléfono: 0800-10840 | (511) 428-0500

PÓLIZA ELECTRÓNICA

Esta póliza se le ha remitido por medios electrónicos, conforme a la autorización brindada por el Asegurado, en la llamada telefónica mediante la cual se realizó la venta del presente seguro.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

La aceptación y emisión de la presente Solicitud Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el ASEGURADO en los términos estipulados por la ASEGURADORA, en tanto la ASEGURADORA hubiera proporcionado información veraz.



JUAN LUIS LARRABURE VALDETTARO
Vicepresidente División Seguros
Personales Rimac Seguros y
Reaseguros

ANEXO I
MANUAL DE USO DE BENEFICIOS DE LA ASISTENCIA BANCA EMPRESA SALUD

MOK PERÚ S.A.C., en adelante MOK, es un proveedor de servicios de RIMAC SEGUROS que brindará a los clientes de Interbank que hayan aceptado la contratación del Seguro Accidentes Personales y a sus Dependientes, los servicios que se indican en el presente Manual de Uso de Beneficios de Asistencia, conforme los términos y condiciones establecidos en el presente documento.

Cada vez que en este Plan de Asistencias se use la expresión ASEGURADO, se entiende que, dentro de dicho término, y solo para efectos de este Plan de Asistencias, se incluye a las personas indicadas en el detalle de cada asistencia brindada.

1. OBJETO: ASISTENCIA BANCA EMPRESA SALUD

El presente documento forma parte del Contrato de Prestación de Servicios que celebran, por una parte, **MOK PERÚ S.A.C** en adelante **MOK** y de otra, **RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS**, en adelante **RIMAC**. **MOK** brindará a los Asegurados + 04 Beneficiario (Familiar Directo), los servicios que se indican en el presente documento, y que se refieren a una o varias contingencias que puedan sufrir los clientes de **RIMAC**.

2. ASISTENCIAS:

Categoría	Asistencia	Límite de Cobertura	Eventos al Año	Copago por evento
Atención Médica Ambulatoria.	Clínica Consulta Médica	S/ 75	20 eventos al año	-
Medicamentos Genéricos	Reembolso Medicamentos Genéricos	S/ 120	20 eventos al año	-
Médico a Domicilio	Médico a Domicilio	S/ 90	04 eventos al año	S/ 35
Enfermera a Domicilio	Enfermera a Domicilio	S/ 70	04 eventos al año	S/ 30
Asistencia en Gastos de Asistencia Médica en las siguientes especialidades bajo nuestra red de Prestadores de Salud	Consulta Médica – Cardiología	S/ 100	06 eventos al año	S/ 30
Asistencia en Gastos de Asistencia Médica en las siguientes especialidades bajo nuestra red de Prestadores de Salud	Consulta Médica - Gastroenterología	S/ 120	06 eventos al año	S/ 35
	Consulta Médica - Ginecología			
	Consulta Médica - Medicina Interna			
	Consulta Médica - Pediatría			
Asistencia en Gastos de Asistencia Médica en las siguientes especialidades bajo nuestra red de Prestadores de Salud	Exámenes de Laboratorio	S/ 45	06 eventos al año	-
	Ecografía			
	Radiografías			
	Rayos X	S/ 35	03 eventos al año	-
OMT	Orientación Médica Telefónica	Sin Tope	Ilimitado	-

Importante:

- Este servicio estará a disposición del **ASEGURADO**, ilimitadamente las veces que el **ASEGURADO** lo requiera de acuerdo a las asistencias descritas en el presente documento, a través de la Central de Asistencias +51(1) 680-3524 para Lima y para provincia 0-800- 74 - 045.
- **MOK** es el único y exclusivo responsable de las asistencias contratadas por RIMAC.
- Las comunicaciones cursadas por el **ASEGURADO** a **RIMAC**, por aspectos relacionados con **ASISTENCIA BANCA EMPRESA SALUD**, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a **MOK**.
- **Medios para comunicar aspectos de la asistencia: El ASEGURADO** acepta expresamente que los datos de contacto que usará **MOK** para comunicar cualquier aspecto relacionado con la **ASISTENCIA BANCA EMPRESA SALUD - ESTÁNDAR** serán correo electrónico, teléfono fijo, celular y dirección física indicados por **RIMAC**.
- **Vigencia de la cobertura:** La vigencia de **ASISTENCIA BANCA EMPRESA SALUD** se renueva de forma mensual. Para mantenerla activa es requisito el pago de la asistencia contratada con RIMAC el mes anterior al mes de vigencia.

Medios habilitados por MOK para presentar reclamos: En caso de reclamo, **ASEGURADO** cuenta con la Central de Asistencias 51(1) 680-3524 para Lima y para provincia 0-800-74-045. **MOK** tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario para resolver el reclamo presentado. En caso de persistencia del reclamo o queja, el **ASEGURADO** podrá ejercer los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.

3. DETALLE DE ASISTENCIAS:

3.1 Atención Médica Ambulatoria: En nuestra red de filiales, por Medicina General; servicio de asistencia médica ambulatoria brindará a los Asegurados consultas médicas a través de su línea exclusiva de call center +51(1) 680-3524 para Lima y para provincia 0-800-74-045 en coordinación con nuestra red médica a nivel nacional gestionando su cita según disponibilidad en los horarios de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm. El servicio de nuestro plan médico comprende los procedimientos del plan a cuadro cerrado atendidas por Medicina General.

Solo a través de esta vía podrá obtener los servicios asistenciales adquiridos. Por ningún motivo el Asegurado se acercará directamente a la Clínica, Centro médico, consultorio particular si es que no tiene una autorización previa a través de nuestro sistema de gestión de citas médicas.

Consultas médicas SOLO de primer nivel derivadas de las siguientes enfermedades:

- Respiratorias: Rinofaringitis Aguda (Resfrió Común), Faringitis Aguda, Amigdalitis Aguda, Bronquitis Aguda, Rinitis Alérgica, Riorragia Aguda.
- Gastrointestinales: Cólera No Complicado, Fiebre Tifoidea Y Paratifoidea. Infecciones Intestinales Virales E Infecciones Parasitarias Tales Como Los Protozoarios: Giardiasis (Giardia Lamblia). Diarrea Aguda Producida Por Agentes Bacterianos, Nausea Y Vomito, Acidez, Flatulencia, Síndrome Del Colon Irritable, Gastritis, Dispepsia, Síndrome de Mala Absorción.
- Osteomusculares: Lumbalgia Aguda, Esguince De Primer Grado, Osteotendinitis Aguda.
- Genitourinarias: Cistitis, Vaginitis Bacteriana, Uretritis, Epididimitis, Prostatitis Aguda No Complicada.
- De Los Sentidos: Otitis Media Aguda No Supurativa, Rinosinusitis Aguda, Rinitis Alérgica, Osteoartritis en Manos, Conjuntivitis Bacteriana o Viral.

*Los exámenes médicos adicionales, así como las derivaciones a especialidades médicas serán asumidas por el Asegurado.

Condiciones del Servicio: Este servicio aplica para doce (12) eventos al año, hasta S/ 75 por evento.

3.2 Reembolso Medicamentos Genéricos: Aplica el reembolso de los medicamentos genéricos que hayan sido recetados durante una atención médica ambulatoria solicitada dentro de las asistencias descritas para este producto.

Condiciones del Servicio: La solicitud debe ser enviada al correo electrónico sacmokperu@grupomok.com especificando los datos bancarios de la cuenta y adjuntando la receta médica y la boleta de compra detallada. El abono se realizará en un periodo máximo de 15 días útiles posteriores a la presentación completa de la solicitud. Este servicio aplica para doce (12) eventos al año, hasta S/ 120 por evento.

3.3 Médico a Domicilio: (solo Medicina General) Servicio Médico a domicilio se dará solo en Medicina General sujeto a un copago por atención de S/ 35.00 por consulta realizada, no incluye medicamentos. Se encuentra excluido todo gasto adicional que origine la visita del médico a domicilio. Se coordinará el servicio en los horarios de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm comunicándose con la central telefónica de LA ASISTENCIA +51(1) 680-3524 para Lima y para provincia 0-800-74-045. El servicio se brindará de acuerdo con la urgencia médica determinada en el triaje telefónico y según disponibilidad del médico teniendo como horario máximo de atención el sábado hasta el mediodía.

Condiciones del Servicio: Este servicio aplica para cuatro (04) eventos al año, hasta S/ 90 por evento.

3.4 Enfermera a Domicilio: Servicio por Procedimiento); Servicio Enfermera a domicilio interviene en la aplicación de tratamientos ambulatorios específicos recetados al paciente. El tiempo máximo que podrá permanecer la enfermera es de 1 hora. Está sujeto a un copago por atención de S/ 30.00 por consulta realizada. Se encuentra excluido todo gasto adicional que origine la visita de la enfermera a domicilio. Para la atención de cada servicio de acuerdo a los ítems señalados líneas abajo, el Asegurado deberá presentar a la Enfermera su receta o informe médico tratante donde se indique el diagnóstico. Se coordinará el servicio en los horarios de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm., comunicándose con la central telefónica de LA ASISTENCIA al 51(1) 680-3524 para Lima y para provincia 0-800-74-045. Los servicios a brindar son los siguientes:

- Colocación de vía endovenoso
- Curas quirúrgicas locales 1 a 4 puntos
- Aplicación intramuscular / Subcutánea
- Curas quirúrgicas de gran extensión 5 a 10 puntos
- Colocación de enema rectal
- Control de funciones vitales
- Administración de tratamiento endovenoso
- Colocación cateterismo vesical
- Cura de ulcera por presión 1° y 2°
- Baño en cama

Condiciones del Servicio: Este servicio tiene un tope de S/ 70 soles por evento contando con cuatro (04) veces al año. No incluye medicamentos.

3.5 Consulta por especialidades, exámenes de laboratorio y exámenes de imágenes:

3.5.1. Consulta Médica - Cardiología: Servicio Médico con el especialista solicitado. Se otorga en la clínica que cuenta con esta especialidad médica y en el horario que tenga disponible el especialista. Sujeto a un copago por atención de S/ S/35 por consulta realizada. No incluye medicamentos, exámenes de ningún tipo, ni procedimientos indicados por el especialista médico.

3.5.2. Consulta Médica - Gastroenterología: Servicio Médico con el especialista solicitado. Se otorga en la clínica que cuenta con esta especialidad médica y en el horario que tenga disponible el especialista. Sujeto a un copago por atención de S/ S/35 por consulta realizada. No incluye medicamentos, exámenes de ningún tipo, ni procedimientos indicados por el especialista médico.

3.5.3. Consulta Médica - Ginecología: Servicio Médico con el especialista solicitado. Se otorga en la clínica que cuenta con esta especialidad médica y en el horario que tenga disponible el especialista. Sujeto a un copago por atención de S/ S/35 por consulta realizada. No incluye medicamentos, exámenes de ningún tipo, ni procedimientos indicados por el especialista médico.

3.5.4. Consulta Médica - Medicina Interna: Servicio Médico con el especialista solicitado. Se otorga en la clínica que cuenta con esta especialidad médica y en el horario que tenga disponible el especialista. Sujeto a un copago por atención de S/ S/35 por consulta realizada. No incluye medicamentos, exámenes de ningún tipo, ni procedimientos indicados por el especialista médico.

3.5.5. Consulta Médica - Pediatría: Servicio Médico con el especialista solicitado. Se otorga en la clínica que cuenta con esta especialidad médica y en el horario que tenga disponible el especialista. Sujeto a un copago por atención de S/ S/35 por consulta realizada. No incluye medicamentos, exámenes de ningún tipo, ni procedimientos indicados por el especialista médico.

Condiciones del Servicio: Los servicios anteriormente descritos tienen un tope de S/ 120 soles por evento contando con seis (06) veces al año.

3.5.6. Exámenes de Laboratorio: Este servicio aplica para los exámenes de Laboratorio que deriven de la consulta médica. El servicio se coordina con 48 horas de anticipación, el cliente asistirá de acuerdo a la programación de la cita y/o durante la mañana para los exámenes en ayunas.

Condiciones del Servicio: Este servicio tiene un tope de S/ 45 soles por evento contando con seis (06) veces al año.

3.5.7. Ecografía: Este servicio aplica para exámenes de imágenes (Ecografía). El servicio se coordina con 48 horas de anticipación, el cliente asistirá de acuerdo a la programación de la cita.

3.5.8. Radiografías: Este servicio aplica para los exámenes de imágenes (Radiografía). El servicio se coordina con 48 horas de anticipación, el cliente asistirá de acuerdo a la programación de la cita.

Condiciones del Servicio: Los servicios anteriormente descritos tienen un tope de S/ 100 soles por evento contando con seis (06) veces al año. Tienen un copago de S/ 30.

3.5.9. Rayos X: Este servicio aplica para los exámenes de RX. El servicio se coordina con 48 horas de anticipación, el cliente asistirá de acuerdo a la programación de la cita.

Condiciones del Servicio: Este servicio tiene un tope de S/ 35 soles por evento contando con tres (03) veces al año.

3.6 Orientación Médica Telefónica: Atención y orientación médica telefónica las 24 horas los 365 días del año; tiene como finalidad brindar respuestas a las inquietudes y consultas efectuadas por los Asegurados en cualquier edad (niños, adultos y adultos mayores) según su estado y condición física actual, para una evaluación básica de la dolencia, malestar signo o síntoma evaluando riesgos y posibles complicaciones y realizar la derivación correspondiente hacia utilización de medios físicos, derivación de atención ambulatorias.

Condiciones del Servicio: El servicio aquí indicado se realizará: sin límite de topes y eventos.

4. EXCLUSIONES GENERALES: No quedará cubierto por las disposiciones de estas condiciones además lo siguiente:

- Cuando el **ASEGURADO** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Los resultantes de los servicios que el **ASEGURADO** haya contratado sin el previo consentimiento de **MOK**.
- Los derivados de prácticas deportivas en competencias;
- Mala fe del **ASEGURADO**, comprobada por el personal de **MOK** o si en la petición mediare mala fe.
- Eventos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, ciclones.
- Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpo de seguridad.
- Energía nuclear radiactiva.
- La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- Enfermedades mentales
- Cualquier servicio de asistencia solicitado con más de 48 horas posteriores al momento de la emergencia.
- Cuando el **ASEGURADO** no se identifique como **ASEGURADO** de los **SERVICIOS**.
- Deportes de aventura como parapente, ala delta, puenting, etc.

MOK queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor le sea imposible prestar las acciones de asistencia prescritas en esta póliza, sin perjuicio de los reembolsos a que hubiere lugar siempre y cuando estén previamente autorizados por **MOK**, los cuales se pagarán contra presentación de los comprobantes de gastos respectivos que presente el **ASEGURADO** y hasta los límites que se señalan anteriormente.

EXCLUSIONES DE ASISTENCIA MÉDICA:

a) El requerimiento del servicio como consecuencia de accidentes ocurridos durante participación en competencias y/o durante la práctica de deportes de alto riesgo.

- b) Los traslados médicos por lesiones originada, directa o indirectamente, de actos realizados por el afiliado con dolo o mala fe.
- c) Los traslados médicos o accidentes programados.
- d) El requerimiento del servicio como consecuencia de intento de suicidio, o como consecuencia de heridas o lesiones auto-infligidas.
- e) El requerimiento del servicio por accidentes, emergencias o estados patológicos causados por encontrarse el **ASEGURADO** en estado de ebriedad y/o bajo los efectos o influencia de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos, y/o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.

5. TERRITORIALIDAD DE LOS SERVICIOS: Los servicios de asistencia se prestarán a nivel nacional, Lima y provincias a excepción de:

- Amazonas.
- Madre de Dios.
- Loreto a excepción de Iquitos.
- Pasco.
- Huancavelica.
- Huánuco.

Según el siguiente radio de acción:

- Lima Metropolitana: Callao y Balnearios:
 - Por el Norte: hasta Ancón.
 - Por el Sur: hasta Asia (KM 100).
 - Por el Este: hasta Chaclacayo, Chosica y Cieneguilla.
 - Por el Oeste: La Punta.
- Provincias: el radio de acción será de 40 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad.
 - Por el Norte: Tumbes, Piura, Sullana, Talara, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Huaraz, Huaral, Barranca.
 - Por el Sur: Ica, Chíncha, Pisco, Arequipa, Juliaca, Puno, Moquegua, Ilo, Tacna.
 - Por el Este: Huancayo, Ayacucho, Cusco.
 - Por el Oriente: Tarapoto, Iquitos.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO:

Todos los servicios enumerados en el presente documento deberán ser solicitados a través de la Central de Asistencias +51(1) 680-3524 para Lima y para provincia 0-800-74-045 o a través del siguiente correo electrónico atencion.asistencia@grupomok.com los 365 días del año. Los referidos servicios serán atendidos por MOK con la mayor prontitud posible.

Al momento de llamar el ASEGURADO deberá indicar los siguientes datos:

- Nombre y Apellidos (*)
- DNI (*)
- Dirección y teléfono
- Tipo de servicio que precise

(*) Datos del ASEGURADO obligatorios para todo tipo de información o solicitud de asistencia.

Para todos los casos, **MOK** tendrá siempre derecho de solicitar cualquier otro antecedente, información o documento que se estime pertinente que sean necesarios para la evaluación del siniestro correspondiente.

Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, **MOK** le prestará al **ASEGURADO** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento. En caso de que el **ASEGURADO** no cumpla con los requisitos indicados, **MOK** no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con los servicios relacionados con el presente contrato ni frente a **RIMAC** ni frente al **ASEGURADO**.

Toda llamada a nuestra Central de Asistencias será considerada por **MOK** como declaración o parte de siniestro, por lo que el **ASEGURADO** autoriza expresamente a **MOK** para que todas las llamadas sean registradas en forma automática, con el fin de que quede constancia de las solicitudes del **ASEGURADO**.

7. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS:

Las prestaciones mencionadas se realizarán por empresas profesionales o proveedores designados por **MOK**.

MOK queda relevado de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o caso fortuito ajenos a su voluntad, las prestaciones antes mencionadas no estén disponibles en el lugar en que se encuentre ubicado el **ASEGURADO**, o el inmueble del **ASEGURADO**. No obstante, en estos casos, **MOK** quedará obligado a compensar los gastos que expresamente haya autorizado efectuar al **ASEGURADO** para obtener directamente las prestaciones garantizadas en el presente documento, siendo necesaria la presentación de los comprobantes de los gastos respectivos.

MOK cubrirá hasta concurrencia de los límites que se señalan en las condiciones particulares anteriores, siempre que hubiese sido autorizado previamente por **RIMAC**. En tal evento, **MOK** reembolsará los gastos efectivos hasta una suma que no exceda de la responsabilidad máxima por evento indicada en las condiciones particulares del presente documento.

8. RESOLUCIÓN COVID 19:

El presente producto no cobertura pandemias, por lo que las atenciones referentes al tratamiento de COVID 19 está excluido, no se cubren: pruebas rápidas, pruebas moleculares, exámenes de laboratorio, consultas médicas por medicina general o especialista, renta hospitalaria o salas de urgencia o emergencia.

En caso el cliente requiera utilizar los servicios y durante el uso de ellos es diagnosticado con COVID 19, la atención finalizará y los gastos en adelante deberán ser responsabilidad del **ASEGURADO**.