

**SOLICITUD CERTIFICADO SEGURO DESGRAVAMEN PLUS EFECTIVA**

Código SBS: VI0507400419  
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

**N° PÓLIZA 8738500002 Soles**  
**8738500003 Dólares**

**DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR**

**CONTRATANTE:** Financiera Efectiva S.A.  
**Dirección:** Av. Luis Gonzales N° 1315 Int. 302  
**Provincia:** Chiclayo  
**Teléfono:** (074) 274867 - 223680

**RUC:** 20441805960  
**Distrito:** Chiclayo  
**Departamento:** Lambayeque

**DATOS DE LA ASEGURADORA**

Rimac Seguros y Reaseguros  
**Dirección:** Las Begonias 475, Piso 3.  
**Provincia:** Lima  
**Teléfono:** 411-1000  
**Página Web:** www.rimac.com

**RUC:** 20100041953  
**Distrito:** San Isidro  
**Departamento:** Lima  
**Fax:** 421-0555  
**Correo electrónico:** atencionalcliente@rimac.com.pe

**DATOS DEL ASEGURADO / RESPONSABLE DE PAGO**

Los datos del asegurado son los que se consignan en el CCP, el cual está vinculado a un número de préstamo especificado en dicho documento

**ACEPTACIÓN DE BENEFICIOS DE ASISTENCIA**

Yo, ASEGURADO de la presente póliza, acepto el cargo del beneficio de las asistencias dentro del presente seguro

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

En caso de Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente por Accidente o por Enfermedad del ASEGURADO, la ASEGURADORA indemnizará el Saldo Insoluto del Crédito al CONTRATANTE, como único beneficiario.

**VIGENCIA DEL SEGURO**

Los certificados de seguro se emiten de la póliza matriz, y su vigencia es mensual de renovación automática. La fecha de inicio de vigencia de los certificados de seguro es la fecha en que el CONTRATANTE realiza el desembolso del crédito a los ASEGURADOS y se mantendrá vigente en tanto: (i) EL ASEGURADO realice el pago puntual y completo de las cuotas de su crédito suscrito con EL CONTRATANTE, (ii) la póliza matriz de desgravamen de Financiera Efectiva suscrita con LA ASEGURADORA se mantenga vigente; y, (iii) EL ASEGURADO se encuentre dentro de los rangos de edad establecidos en el certificado de seguros respectivo.

La vigencia del certificado de seguro culminará cuando el cliente haya cumplido con el pago total del crédito o cuando la vigencia de la póliza de seguro matriz culmine o cuando el seguro haya alcanzado el límite de permanencia indicado en el certificado de seguro.

En caso la póliza matriz se resuelva por cualquier causal o su vigencia no sea renovada, el canal tendrá un plazo de 60 días para contratar con otra Compañía de Seguros y migrar al stock de ASEGURADOS, no siendo Rímac responsable del otorgamiento de la cobertura culminado dicho plazo.

**INICIO DE LA COBERTURA:** La cobertura del seguro se inicia con la aceptación de la Solicitud del Seguro por parte de la COMPAÑÍA y el pago de la Prima convenida por parte del ASEGURADO.

La Póliza inicia su cobertura y termina a las 12 del medio día de la fecha señalada en el presente Certificado de Seguro.

Lugar y Fecha de emisión: La fecha y hora considera desde la aceptación y firma de CCP, así como la ciudad que señala dicho documento



\_\_\_\_\_  
**GIOVANNI SCARSI NUÑEZ**  
Vicepresidente de Seguros Vida y Pensiones  
División Seguros Personas  
Rimac Seguros y Reaseguros

## RESUMEN DE LAS COBERTURAS

<b><u>Cobertura Principal</u></b>	<b><u>Suma Asegurada (S/ o US\$)</u></b>
<b>Fallecimiento (Muerte Natural y Accidental)</b>	<b>Hasta S/ 60,000</b>
<b><u>Coberturas Adicionales</u></b>	<b><u>Suma Asegurada (S/ o US\$)</u></b>
<b>Invalidez Total y Permanente y Definitiva por Enfermedad</b>	<b>Hasta S/ 60,000</b>
<b>Invalidez Total y Permanente y Definitiva por Accidente</b>	<b>Hasta S/ 60,000</b>

## DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS

### **Cobertura de Fallecimiento por muerte natural y muerte accidental:**

Si se produjera tu fallecimiento por cualquier causa que no esté excluida en tu póliza de seguro, RIMAC indemnizará al Beneficiario, de acuerdo con las condiciones, coberturas y límites contratados.

### **Cobertura de Invalidez total y permanente por accidente:**

En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO que surja como consecuencia de un accidente producido dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, LAASEGURADORA –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro, de acuerdo a lo siguiente.

Definición de Invalidez Total y Permanente: A efectos de lo establecido en la presente cobertura, se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, a la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6%, de su capacidad total.

Definición de Accidente: Todo suceso violento, súbito, imprevisto, involuntario, y fortuito, causado por agentes externos, que causa o da lugar a daños o lesiones en el ASEGURADO.

No se consideran como accidentes las siguientes situaciones, ni sus consecuencias, ni los eventos o sucesos que se produzcan por o como consecuencia de: ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.

### **Cobertura de Invalidez total y permanente por enfermedad:**

En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, que surja como consecuencia de una enfermedad diagnosticada dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, RIMAC –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en la Póliza de Seguro.

Definición de Invalidez Total y Permanente: A efectos de lo establecido en la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual, definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6% de su capacidad total.

## PRIMA COMERCIAL ANUAL (NO CONTIENE IGV)

La prima mensual del Seguro de Desgravamen será la resultante de aplicar la tasa mensual establecida en las condiciones particulares de la Póliza sobre el saldo deudor de cada uno de los créditos cubiertos por la Póliza o sobre el monto inicial, según corresponda. La Prima Neta será determinada por las declaraciones mensuales que efectúe el CONTRATANTE.

### Tasas y Comisiones

Planes	SA	Tasa Mensual x mil	Prima de Asistencia	% Comisión*
Multiproducto	Hasta S/60,000	4.000‰	S/2.10	84.81%
Efectinegocios	< S/25,000	2.917‰	S/2.10	79.16%
Efectinegocios	> S/25,000	2.667‰	S/2.10	77.21%
Convenio	Hasta S/60,000	3.575‰	S/2.10	83%

(\*) La comisión no considera prima de asistencia, es decir, se calcula sobre el saldo insoluto por la tasas mensual x mil

\*La Tasa Neta se obtiene luego de descontar los gastos de emisión (3%) a la Tasa Comercial Cliente Mensual. Tasas por mil aplicada sobre el saldo insoluto

En caso de que el Contratante y/o Asegurado decida no usar corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.

## INTERÉS ASEGURADO

**Descripción del Interés Asegurable:** Es el requisito esencial para que exista un Contrato de Seguro. Es el interés que debe tener el Contratante en obtener el beneficio de determinadas coberturas en caso se materialicen cualquier riesgo sobre el Asegurado, debido a que guarda una relación lícita con el mismo (en este caso, una relación económica entre el Contratante y Asegurado). Si este interés asegurable no existe, este Certificado de Seguro será nulo bajo las condiciones establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Desgravamen Premier.

## CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

**Lugar:** Oficinas del Contratante.  
**Interés Moratorio:** No aplica

## FORMA DE PAGO

Ten en cuenta que el pago de la prima lo realizarás mensualmente (fraccionada) al momento de pagar las cuotas de tu crédito, el cual te ha otorgado el Contratante (Financiera Efectiva).  
 En caso que el ASEGURADO no realice el pago de la cuota de la prima del seguro, y este incumpliendo se extienda por noventa (90) días calendarios, la presente Solicitud – Certificado de Seguro se considerará extinguida, sin necesidad de comunicación previa alguna por parte de RIMAC.

## EDADES DEL ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

### Fallecimiento:

Edad mínima de ingreso = 18 años  
 Edad máxima de ingreso = 78 años y 364 días  
 Edad máxima de permanencia = 79 años y 364 días

### ITP:

Edad mínima de ingreso = 18 años  
 Edad máxima de ingreso = 68 años y 364 días  
 Edad máxima de permanencia = 69 años y 364 días

## REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

De S/. 0 a S/. 20,000, sin DPS

**Multiproducto:** Toda solicitud de crédito o cúmulo entre S/ 20,001 y S/ 60,000 obliga al prestatario a llenar una Declaración de Salud (DPS).

**Efectinegocios:** Toda solicitud de crédito o cúmulo entre S/ 20,001 y S/ 60,000 obliga al prestatario a llenar una Declaración de Salud (DPS).

**Convenios:** Toda solicitud de crédito o cúmulo entre S/ 20,001 y S/ 60,000 obliga al prestatario a llenar una Declaración de Salud (DPS).

- Enviar a Suscripción todas las Declaraciones de Salud que presenten al menos una respuesta positiva en el cuestionario y/o un Índice de Masa Corporal igual o mayor a 28 y menor o igual a 18 y/o profesión o actividad o deporte riesgoso. Se revisarán los casos de manera puntual cuando el asegurado salga de estos parámetros.
- Las solicitudes que no tienen ninguna observación y no contienen ninguna respuesta positiva, ni ningún requerimiento adicional por monto y plazo (considerar cúmulos por préstamos anteriores), serán aceptadas automáticamente.
- Las DPS solo pueden ser llenadas de puño y letra del ASEGURADO. No se considerarán DPS válidas aquellas que no cumplan con esta precisión y tampoco aquellas que sean completadas por terceros (representantes legales, apoderados u otros).
- Los asegurados no deberán dejar ningún recuadro de información requerida en blanco.
- Los asegurados no deberán usar distinta letra ni distinto color de tinta en la DPS. Asimismo, esta no deberá tener correcciones ni borrones.
- La solicitud y la DPS tienen que ser firmadas por el asegurado con la misma firma que figura en el DNI.
- Cualquier respuesta afirmativa, deberá ser acompañada con la información necesaria (pregunta, enfermedades padecidas, fecha, duración, nombre del médico tratante, nombre de clínica y/o hospital, estado actual), lo que servirá para la evaluación del riesgo con mayor precisión.
- La DPS y toda la documentación adicional debe ser llenada con letra clara y legible y consignar siempre la fecha de llenado y firma del (la) cliente
- En el caso de los cuestionarios adicionales este deberá estar totalmente completo y sin contener ningún recuadro en blanco. Así mismo, deberá consignar la fecha de llenado, la firma y el sello de los médicos tratantes.
- El Contratante será responsable del correcto archivo de las Declaraciones Personales de Salud que no requieran ser remitidas para Suscripción, poniendo a disposición de LA COMPAÑIA estos documentos en cualquier momento en que sean solicitados, con un plazo de entrega no mayor a 48 horas.
- Si después de realizar los exámenes solicitados inicialmente por Suscripción de LA COMPAÑIA, se detectara indicio de alguna enfermedad o dolencia, LA COMPAÑIA podrá requerir exámenes adicionales cuyo costo será cubierto en un 100% por el ASEGURADO. Igualmente, se podrá solicitar que el ASEGURADO complete otro tipo de cuestionario relacionados a su profesión o deportes.
- RIMAC deberá brindar una respuesta en los siguientes plazos:
  - o 24 horas: Solicitudes sin observaciones ni requerimientos adicionales.
  - o 72 horas: Los clientes con un recargo mayor al 125% serán enviados al Reasegurador.
- Para la evaluación de los nuevos créditos se tomará en cuenta la acumulación de créditos vigentes del/los ASEGURADOS. (Cúmulos)

**Nota Adicional:**

Podrán ser asegurados bajo la presente Póliza, los miembros de las Fuerzas Armadas (Marina de Guerra del Perú, Ejército Peruano y Fuerza Aérea del Perú); sin embargo, las coberturas que serán otorgadas por esta Póliza de Seguro a estos asegurados, sólo se activarán en tanto el siniestro no haya sido causado por el desempeño de sus funciones militares, y en tanto no se hallen dentro de las exclusiones establecidas en la Póliza de Seguro.

**EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL**

La Compañía estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el fallecimiento o invalidez del (os) ASEGURADO (s) ocurra en las siguientes circunstancias:

- a. Están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan en, o a consecuencia de, los siguientes eventos o circunstancias. Las coberturas adicionales podrán contener exclusiones específicas las cuales se añadirán a las presentes exclusiones generales.
- b. Suicidio consciente y voluntario dentro de los dos (2) primeros años de vigencia completos e ininterrumpidos. La auto mutilación o autolesión.
- c. Pena de muerte, participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- d. Acto delictivo contra el Asegurado cometido por el Beneficiario o heredero, en calidad de autor o cómplice.
- e. Guerra, invasión u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- f. Detonación, reacción fisión o radiación nuclear, contaminación radiactiva (independientemente de la forma en que se haya ocasionado). Cualquier evento que haya sido causado por fisión o reactor nucleares o contaminación radioactiva.
- g. Participación en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, o que ponga en grave peligro la vida o integridad física de la persona.
- h. Accidente aéreo y marítimo de cualquier clase, en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales. No aplica la exclusión para vuelos y/o viajes comerciales sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- i. Operaciones o viajes submarinos.
- j. Participación directa en los siguientes deportes o actividades riesgosas: carrera o entrenamiento para carreras, de automóviles, bicicletas, ciclismo, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas, caballos; inmersión submarina, artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí o tabla o skate acuático, sobre nieve o arena, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados, boxeo, cacería, tiro. Salvo que habiéndolo declarado en la Solicitud de Seguro o durante la vigencia de la Póliza de Seguro, RIMAC haya aceptado cubrirlo, previo pago de una prima adicional.
- k. Accidente o fallecimiento producido como consecuencia de la influencia de droga o alucinógenos (en cualquier grado) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre). En caso de accidente de tránsito se presume la influencia de alcohol o drogas si el asegurado o beneficiario se niegan a someterse al examen toxicológico y/o de alcoholemia.
- l. Ejercicio de actividad, oficio o profesión de tripulante o piloto de vuelo comercial o no comerciales, marino mercante, chofer de camión, tráiler, volquete o maquinaria pesada, ingeniero civil, obrero de construcción, trabajador de mina, ingeniero electricista, policía, serenazgo, actividades de seguridad, ingeniero petrolero, mecánico, militar, arqueólogo, operador de planta de gas, miembro de las fuerzas armadas o que realice actividades militares, reportero, periodista, carpintero, técnico radiólogo, ingeniero químico, bombero, guardaespaldas, buzo, piloto de carrera, guía de turismo en rutas desconocidas, escaladas, alpinismo, montañismo, actividades en general con uso de explosivos. Salvo que habiéndolo declarado en la Solicitud de Seguros o durante la vigencia de la Póliza de Seguros, RIMAC haya aceptado cubrirlo previo pago de una prima adicional.
- m. Fenómenos sísmicos o volcánicos.
- n. Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro
- o. Enfermedades infecto contagiosas.
- p. Enfermedades con características de plagas.
- q. Fallecimiento a consecuencia de Invalidez Total y Permanente (causada por enfermedad o accidente) configurada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia del seguro.
- r. Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.

**Exclusiones NO consideradas en el negocio:**

- a. Ejercicio de actividad, oficio o profesión de tripulante o piloto de vuelo comercial o no comerciales, marino mercante, chofer de camión, tráiler, volquete o maquinaria pesada, ingeniero civil, obrero de construcción, trabajador de mina, ingeniero electricista, policía, serenazgo, actividades de seguridad, ingeniero petrolero, mecánico, militar, arqueólogo, operador de planta de gas, miembro de las fuerzas armadas o que realice actividades militares, reportero, periodista, carpintero, técnico radiólogo, ingeniero químico, bombero, guardaespaldas, buzo, piloto de carrera, guía de turismo en rutas desconocidas, escaladas, alpinismo, montañismo, actividades en general con uso de explosivos. Salvo que habiéndolo declarado en la Solicitud de Seguros o durante la vigencia de la Póliza de Seguros, RIMAC haya aceptado cubrirlo previo pago de una prima adicional.

- b. Fenómenos sísmicos o volcánicos.
- c. Enfermedades infecto contagiosas
- d. Enfermedades con características de plagas.
- e. Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.

#### COMUNICACIÓN DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DEL ASEGURADO

El Asegurado deberá comunicar por escrito a RIMAC, cualquier hecho o circunstancia que agrave el riesgo cubierto por la presente póliza, y sean de tal magnitud que, si son conocidas por RIMAC al momento de suscribir el presente Certificado de Seguro, éste no lo emitiría o lo haría bajo otras consideraciones.

#### DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

**Cuando así lo decidas y sin necesidad de una justificación. Para ello debes enviar una comunicación escrita a RIMAC o solicitarlo por cualquiera de los medios que usaste para contratar la Póliza de Seguro. Ésta quedará resuelta a los 30 días siguientes.**

**RIMAC tiene derecho a conservar y/o cobrar las primas por el período de vigencia transcurrido. En el caso que se hayan pagado primas por adelantado, tendrás derecho a que se te reembolse la prima por el período de vigencia que no ha transcurrido. Este reembolso se realizará en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de la resolución.**

#### EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

**Si transcurren 90 días desde la fecha del incumplimiento del pago de la prima, esta Póliza de Seguro quedará extinguida. RIMAC conservará las primas correspondientes al período efectivamente cubierto. A partir de la fecha en que se produzca la extinción, RIMAC queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.**

#### QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO:

##### **Paso 1: Dar aviso a RIMAC**

Dar aviso dentro de los 07 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

##### **Paso 2: Solicitar la Cobertura de fallecimiento:**

Para ello se deberán entregar a RIMAC o a las oficinas de la Entidad Financiera que otorgó el crédito.

##### **Para cúmulos menores o iguales a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional**

- Copia Certificada de la Partida de Defunción emitida por RENIEC Defunción o, la reproducción original del mismo.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones)
- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

##### **Para cúmulos mayores a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (\*):**

- Copia Certificada de la Partida de Defunción emitida por RENIEC Defunción o, la reproducción original del mismo.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones)
- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.
- Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada por la institución de salud, en caso de fallecimiento por enfermedad.

##### **En caso de fallecimiento por accidente:**

##### **Para cúmulos menores o iguales a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (\*):**

- Copia Certificada de la Partida de Defunción emitida por RENIEC Defunción o, la reproducción original del mismo.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción o, la

reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones)

- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

**Para cúmulos mayores a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (\*):**

- Copia Certificada de la Partida de Defunción emitida por RENIEC Defunción o, la reproducción original del mismo.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones)
- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.
- Original o Copia Certificada del Parte Policial y Atestado Policial completo, en caso de haberse realizado.
- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia completo, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Examen toxicológico, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.

**Invalidez Total y Permanente por Accidente**

**Para cúmulos menores o iguales a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (\*):**

Para solicitar la cobertura de Indemnización por Invalidez total y permanente por accidente, el ASEGURADO deberá presentar:

- Copia simple de su Documento Oficial de Identidad.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, de la Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición.

**Para cúmulos mayores a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (\*):**

Para solicitar la cobertura de Indemnización por Invalidez total y permanente por accidente, el ASEGURADO deberá presentar:

- Copia simple de su Documento Oficial de Identidad.
- Copia Certificada del Parte Policial o Atestado Policial completo, en caso de haberse realizado.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico realizado al ASEGURADO, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Examen toxicológico y/o de alcoholemia, en caso de haberse realizado.
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, de la Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición.

**Invalidez Total y Permanente por Enfermedad**

**Para cúmulos menores o iguales a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (\*):**

Para solicitar la cobertura de Indemnización por Invalidez total y permanente por enfermedad, el ASEGURADO deberá presentar:

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Dicho dictamen debe precisar necesariamente el grado de invalidez representado en porcentaje (igual o superior al 66.6%), así como también, el Dictamen debe precisar la naturaleza de dicha invalidez y la fecha de ocurrencia, conforme a las disposiciones contenidas en Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

**Para cúmulos mayores a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (\*):**

Para solicitar la cobertura de Indemnización por Invalidez total y permanente por enfermedad, el ASEGURADO deberá presentar:

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO.

- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Dicho dictamen debe precisar necesariamente el grado de invalidez representado en porcentaje (igual o superior al 66.6%), así como también, el Dictamen debe precisar la naturaleza de dicha invalidez y la fecha de ocurrencia, conforme a las disposiciones contenidas en Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

(\*) Al tipo de cambio venta promedio ponderado publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP en el Diario El Peruano

**Para efectos de la evaluación de la documentación presentada, el ASEGURADO declara que se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite RIMAC, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso, y a la vez autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda entregar directamente cualquier información solicitada por RIMAC, incluyendo la referida al VIH/SIDA.**

**Si el ASEGURADO no estuviese conforme con la decisión de RIMAC, podrá presentar un reclamo ante RIMAC de conformidad con la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios, o recurrir al mecanismo de solución de controversias que corresponda. En este caso, en caso de reclamo a RIMAC, la invalidez será evaluada por una junta médica compuesta por tres médicos elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por RIMAC, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).**

**La junta médica evaluará la invalidez del ASEGURADO, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en este documento y tomando en consideración las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez”, según la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. La junta médica podrá someter al ASEGURADO a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el ASEGURADO y RIMAC.**

**Los documentos serán entregados en las Plataformas de RIMAC descritas en el Resumen de la Póliza de Seguro, o en las oficinas de la Entidad Financiera que le otorgó el crédito y/o la tarjeta de crédito, según corresponda, o en las oficinas del Comercializador.**

**Recuerde que todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.**

**Autorización para acceder a Historia Clínica:** El cliente asegurado autoriza expresamente a RIMAC, a través de la declaración contenida en la solicitud-certificado, en los casos de fallecimiento e invalidez total y permanente a causa de accidente y/o enfermedad a obtener y acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera. La aseguradora empleará su red de auditoría médica, sobre esta autorización, actuando pro activamente en facilitar y/o agilizar la satisfacción de los documentos necesarios para la liquidación.

En caso de **muerte presunta**, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

#### **Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura**

Todo documento de procedencia extranjera debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.

#### **Paso 3: El pago de la Indemnización:**

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se haya entregado toda la documentación y requisitos exigidos para la cobertura solicitada RIMAC evaluará y se pronunciará aceptando o rechazando el pago de la indemnización (cobertura).

Dentro de los primero 20 días RIMAC podrá solicitar aclaraciones o precisiones sobre de la documentación e información presentada, o podrá solicitar la prórroga del plazo original, al Asegurado o a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establecido en los Artículos 11° y 12° del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros (Resolución SBS N° 3202-2013).

RIMAC pagará la indemnización dentro de los 30 días siguientes de haber consentido o aceptado la cobertura.

#### **Solicitud de Cobertura Fraudulenta**

En caso cualquiera de las coberturas de esta Póliza sea solicitadas en forma fraudulenta, los Beneficiarios pierden el derecho a ser indemnizados.

Una solicitud de cobertura será considerada fraudulenta cuando se apoya total o parcialmente en declaraciones o documentos falsos o inexactos, o se emplea medios falsos para probarlos, o se exagera los daños producidos.

LA ASEGURADORA está autorizada a realizar las investigaciones y solicitar la información necesaria al CONTRATANTE para evaluar esta circunstancia.

En caso se presente una solicitud de cobertura fraudulenta y se llegara a comprobar la actuación y/o participación concertada de algún colaborador del CONTRATANTE con los asegurados y/o beneficiarios, éste asumirá el pago del siniestro y la eventual sanción que LAASEGURADORA pueda recibir a causa de este.

LAASEGURADORA se obliga a emitir un certificado individual de cobertura, debidamente numerado y registrado en la póliza, conteniendo un resumen de las coberturas, exclusiones y procedimientos para acceder a las indemnizaciones que otorga la misma; además de los datos de cada prestatario, quien devolverá una copia debidamente suscrita, en señal de conformidad, las que permanecerán en poder del CONTRATANTE. El formato será coordinado con EL CONTRATANTE y deberá emitirse en estricto cumplimiento de las disposiciones vigentes de la SBS.

En caso se tenga que enviar comunicaciones a los clientes informando por algún cambio en sus condiciones de sus pólizas ya contratadas, este costo será asumido íntegramente por EL CONTRATANTE.

### LUGARES AUTORIZADOS POR RIMAC PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicada por el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO en las oficinas del CONTRATANTE, a nivel nacional.

Adicionalmente, podrá presentarse a RIMAC en sus Plataformas de Atención de Cliente:

**Oficina Principal:** Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima / **Lima:** Av. Paseo de la República 3082, San Isidro. Av. Comandante Espinar 689, Miraflores. Telf. 411-3000 / **Arequipa:** Pasaje Belén 103, Urb. Vallecito. Telf. (054)-381700.

Las solicitudes de cobertura presentadas al CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR del seguro, de corresponder, tienen los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a RIMAC.

### MEDIOS HABILITADOS POR RIMAC PARA PRESENTAR RECLAMOS

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, se podrá presentar el reclamo de manera gratuita como se detalla a continuación:

**Verbal:** Presencial o vía telefónica a través de los Plataformas de Atención al Cliente en Lima y Provincias y Central de Consultas y Reclamos. / **Escrito:** Mediante carta dirigida a RIMAC Seguros o a través de la página web o correo electrónico / **Central de Consultas y Reclamos:** (01) 411-1111 / **Correo Electrónico:** reclamos@rimac.com.pe / **Página Web:** www.rimac.com

### OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

No aplica.

### INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

**Defensoría del Asegurado:** www.defaseg.com.pe Lima:(01) 421-0614 Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima. / **Indecopi:** www.indecopi.gob.pe Lima: (01) 224-7777 Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040 SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima. SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima. / **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS):** www.sbs.gob.pe LIMA: Los Laureles 214, San Isidro Teléfono (511) 630-9000 | Fax: (511) 630-9239 AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau. Consultas y Denuncias: (511) 630-9000 | 200-1930.

### INFORMACIÓN ADICIONAL:

- I. RIMAC es responsable frente al ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
- II. RIMAC es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. Para efectos del presente certificado de seguro, se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.
- III. Las comunicaciones cursadas por los ASEGURADOS o BENEFICIARIOS al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a RIMAC.
- IV. Los pagos efectuados por los ASEGURADOS o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a RIMAC.

El ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la Póliza puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignado en el presente documento.

RIMAC remitirá comunicaciones escritas al domicilio del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en caso no se consigne una dirección electrónica, o, a decisión expresa de RIMAC, en forma adicional a la comunicación electrónica o en caso la normatividad vigente lo exija. En caso el ASEGURADO no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su



dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe), o comunicándose al 411-1111. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

#### **ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS**

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

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - Seguro Desgravamen**

**DATOS DEL TITULAR**

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombres</b>	<b>Sexo</b>	
			F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
DNI <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Peso</b>	<b>Talla</b>
<b>Ocupación</b>	<b>Giro de la Empresa</b>	<b>Su trabajo es 100% administrativo?</b>		<b>Si</b> <input type="checkbox"/>
				<b>No</b> <input type="checkbox"/>

**DATOS DEL CRÉDITO**

<b>Importe del Préstamo</b>	<b>Plazo</b>	<b>Oficina</b>	<b>Funcionario</b>
<b>Tipo de Préstamo</b>	<b>Moneda</b>	<b>Mail</b>	<b>Teléfono</b>
	Soles <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>		

**Modalidad de Cobertura: Saldo Insoluto**

	<b>Titular</b>
1. ¿Padece o has padecido, recibes o has recibido tratamiento médico ambulatorio y/o hospitalario, estás tomando algún medicamento, te encuentras en proceso de estudios del diagnóstico de alguna enfermedad, tienes conocimiento de requerir tratamiento por enfermedades Neurológicas, cerebrovasculares, cardiovasculares, respiratorias, reumáticas, oncológicas, tumorales, cáncer, hipertensión arterial, diabetes mellitus, endocrinológicas, abdominales (gastroenterológicas / aparato digestivo), meningitis, gineco obstétricas, aparato reproductor, renales, urinarias, enfermedad de la sangre, enfermedades infecto contagiosas (SIDA, HIV, hepatitis, TBC, meningitis, entre otras), parálisis, enfermedades mentales, enfermedades de los ojos u oídos, COVID (coronavirus), enfermedades crónicas del corazón, de los pulmones, leucemia, enfisema, neumonía, asma o recibe tratamiento con inmunosupresores, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, Enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, secuelas de accidentes, enfermedades osteoarticulares, reumáticas, musculares o alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente? ¿Tienes algún defecto físico congénito o adquirida e invalidante?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Has padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada anteriormente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Fumas más de 10 cigarrillos diarios? Cantidad diaria _____ ¿Tienes consumo diario de alcohol o consumo de drogas? Cantidad diaria _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Le han realizado trasplante de algún órgano?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Realizas alguna actividad y/o deporte de riesgo o peligroso? ¿Cuál?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Ha experimentado en los últimos 14 días de manera repentina tos o dolor de garganta junto con fiebre, dolores musculares, fatiga?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha viajado durante los últimos 28 días a países de alto riesgo afectados por el coronavirus (por ejemplo China, EEUU, Japón, Corea del Sur, Irán, Italia, España) o tiene pensado viajar a tales países en los próximos 3 meses?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Te encuentras embarazada? Indica mes de gestación: _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

*Si usted marcó SI por favor especifique y/o amplie su respuesta*

**Detalle de las respuestas afirmativas**

Preg.	Enfermedades Padecidas	T	C	Fecha	Duración	Médico / Clínica tratante	Estado Actual

**“Confirmando la exactitud y la sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Aseguradora y que una declaración falsa y reticencia de mi parte implican la nulidad de la póliza de acuerdo al artículo N° 376 del Código de Comercio. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias a revelar a la Aseguradora todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarme sus servicios.”**

*El cliente autoriza a que en caso de Fallecimiento o Invalidez, la compañía de seguros pueda acceder a la información médica necesaria para poder determinar la cobertura del seguro contratado.*

( ) *Cliente prefiere mantener la confidencialidad de la información.*

**Lugar:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Afiliado:** \_\_\_\_\_

**Firma del Testigo a ruego** \_\_\_\_\_  
(En caso corresponda)

## ANEXO 1

### DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS - CONDICIONES DEL SERVICIO PRODUCTO DESGRAVAMEN PLUS

Este Beneficio de Asistencias es gestionado y operado por un proveedor de servicios de Rimac a los clientes de Financiera Efectiva que hayan aceptado la contratación del Seguro de Desgravamen Plus, conforme los términos y condiciones establecidos en el presente documento. Cabe resaltar que, al ser un beneficio otorgado por Rimac, cabe la posibilidad que dichos beneficios sean modificados y/o brindados por otros proveedores de servicios, y a sola decisión de Rimac. Cualquier cambio o variación del beneficio otorgado por Rimac será informado con anticipación a través de su correo electrónico o por vía sms.

#### 1. OBJETO:

El presente documento forma parte del Convenio Marco Sobre Prestación de Servicio del Seguro Desgravamen Plus que celebran, por una parte **MOK PERU S.A.C** en adelante **MOK** y de otra, **FINANCIERA EFECTIVA**, en adelante **EFECTIVA**. **MOK** brindará a los Afiliados, los servicios que se indican en las presentes Condiciones del Servicio y que se refieren a una o varias contingencias que puedan sufrir los clientes de **EFECTIVA**.

#### 2. SERVICIOS:

Servicios de Asistencia	Tope Eventos anual
Telemedicina (para titular y 4 dependientes nominados)	01 evento al mes, por el plazo del crédito
Orientación médica telefónica (para titular y 4 dependiente nominados)	Un evento al mes, por el plazo del crédito
Entrega de medicamentos derivados de la telemedicina (medicamentos genéricos)	Un evento al mes, por el plazo del crédito
Descuento en medicamentos en farmacias (Mifarma e Inkafarma)	Hasta S/ 20 de la receta nominada, por el plazo del crédito

#### Importante:

- Este servicio estará a disposición del **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTES**, las veces que el **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTES** lo requiera de acuerdo a las condiciones descritas en el presente documento, a través de la Central de Asistencias +51(1) 680-3534 para Lima y para provincia 0-800-78-041.
- **MOK** es el único y exclusivo responsable de las asistencias de tele consultas médicas contratadas por **EFECTIVA** para el seguro Desgravamen Plus.
- Las comunicaciones cursadas por el **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTES a EFECTIVA**, por aspectos relacionados con las asistencias de teleconsultas médicas del Seguro DESGRAVAMEN PLUS tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a **MOK**.
- **Medios para comunicar aspectos de la asistencia:** El **AFILIADO / TITULAR /DEPENDIENTES** acepta expresamente que los datos de contacto que usará **MOK** para comunicar cualquier aspecto relacionado con las asistencias del Seguro **DESGRAVAMEN PLUS** serán correo electrónico, teléfono fijo, celular y dirección física indicados por **EFECTIVA**.
- **Vigencia del servicio:** Será la vigencia del Seguro **DESGRAVAMEN PLUS** son de forma mensual. Para mantenerla activa es requisito el pago del Seguro contratado con **EFECTIVA**.
- **Periodo de Carencia: 48 horas, posterior a la contratación de la asistencia.**
- El pago de las primas del seguro desgravamen Plus mantendrá su flujo y frecuencia actual del producto desgravamen básico.
- **Medios habilitados por MOK para presentar reclamos:** En caso de reclamo, el **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTES** cuentan con la Central de Asistencias +51(1) 6803534 para Lima y para provincia 0-800-78-041. **MOK** tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario para resolver el reclamo presentado. En caso de persistencia del reclamo o queja, el **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTES** podrán ejercer los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.

#### 3. DETALLE DE LOS SERVICIOS:

**3.1 TELEMEDICINA:** En caso de que el Titular y sus dependientes nominados requieran la evaluación de un médico por alguna enfermedad o molestia (situaciones que no sean emergencias), podrá comunicarse con nuestra plataforma de atención y solicitar el servicio de Telemedicina que se brindará a través de Video llamada, incluye el envío de una receta digital personalizada con firma y sello del médico, aplica para las siguientes especialidades:

- General
- Cardiología
- Ginecología
- Geriatria
- Pediatría
- Psiquiatría
- Dermatología

Condiciones del Servicio: El servicio se programa con 4 hasta 24 horas de anticipación de lunes a domingo en el horario de atención 8:00 am a 10:00 pm, o a través de la plataforma digital.

**Se extiende hasta 4 dependientes los cuales deben ser inscritos y nominados para la posterior atención. Un evento al mes**

**3.2 ORIENTACIÓN MEDICA TELEFÓNICA:** En caso que el Afiliado y sus dependientes nominados requieran de una Orientación Médica Telefónica ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean Emergencia), se gestionará y coordinará el enlace telefónico con un médico especialista para poder absolver la consulta requerida y recomendar una terapéutica farmacológica. La orientación se podrá realizar para las siguientes especialidades:

- Orientación Medicina General
- Orientación Pediátrica
- Orientación Nutricional
- Orientación Psicológica

Condiciones del servicio: El servicio se brindará las 24 horas del día los 365 días del año, de manera inmediata y/o como máximo 15 minutos. Cabe señalar que no se emite diagnósticos ni receta de medicamentos vía telefónica.

Se extiende hasta 4 dependientes los cuales deben ser inscritos y nominados para la posterior atención.

**3.3 ENTREGA DE MEDICAMENTOS DERIVADOS DE LA TELEMEDICINA:** En caso el afiliado o sus dependientes nominados necesiten medicamentos que hayan sido recetados como consecuencia de la telemedicina, MOK coordinará la entrega a domicilio o recojo físico de los medicamentos sin costo, los medicamentos serán genéricos y dependerá de la disponibilidad de la farmacia asignada, la receta debe tener una antigüedad no mayor a 7 días.

Condiciones del servicio: Este servicio estará a disposición del afiliado las 24 horas, previa coordinación, los medicamentos serán genéricos sin costo y los que se encuentren a disposición de la farmacia asignada.

**3.4 DESCUENTOS EN MEDICAMENTOS EN FARMACIAS:** En caso el afiliado o sus dependiente nominados necesiten medicamentos como consecuencia de un accidente o enfermedad, MOK procederá a coordinar con la farmacia un descuento en el costo, donde MOK asumirá el 10% del costo de la receta, como máximo S/ 20.

Condiciones del servicio: MOK asumirá el 10% del costo de la receta, máximo S/ 20, este beneficio estará disponible una vez al mes, lo que suceda primero, la receta debe ser nominada, debe presentar DNI para que se le otorgue el beneficio.

#### 4. EXCLUSIONES GENERALES:

No quedará cubierto por las disposiciones de estas condiciones además lo siguiente:

- Cuando el **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTE** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el evento.
- Los resultantes de los servicios que el **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTE** haya contratado sin el previo consentimiento de **MOK**.
- Medicamentos en etapa experimental.
- Mala fe del **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTE**, comprobada por el personal de **MOK** o si en la petición mediare mala fe.
- Enfermedades mentales.
- Cuando el **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTE** no se identifique como **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTE** de los Servicios.

MOK queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor le sea imposible prestar las acciones de asistencia prescritas en estas condiciones, sin perjuicio de las indemnizaciones a que hubiere lugar, las que se pagarán contra la presentación de los comprobantes de gastos respectivos que presente el **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTES** y hasta concurrencia de los límites que se señalan en este documento.

#### 5. 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) 680-3534 para Lima y para provincia 0-800-78-041 o a través del siguiente correo electrónico [atencion.asistencia@grupomok.com](mailto:atencion.asistencia@grupomok.com) con los 365 días del año. Los referidos servicios serán atendidos por MOK con la mayor prontitud posible.

Al momento de comunicarse el **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTE** deberá indicar los siguientes datos:

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

(\*) Datos del **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTE** 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 de la solicitud del servicio correspondiente.

Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, **MOK** le prestará al **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTE** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento. En caso de que el **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTE** no cumpla con los requisitos indicados, **MOK** no asumirá

responsabilidad ni gasto alguno relacionado con los servicios relacionados con el presente convenio ni frente a **EFFECTIVA** ni frente al **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTE**.

Toda llamada o comunicación a nuestra Central de Asistencias será considerada por **MOK** como declaración o parte de la solicitud de asistencia, por lo que el **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTE** autoriza expresamente a **MOK** para que todas las llamadas o comunicaciones sean registradas en forma automática, con el fin de que quede constancia de las solicitudes del **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTE**.

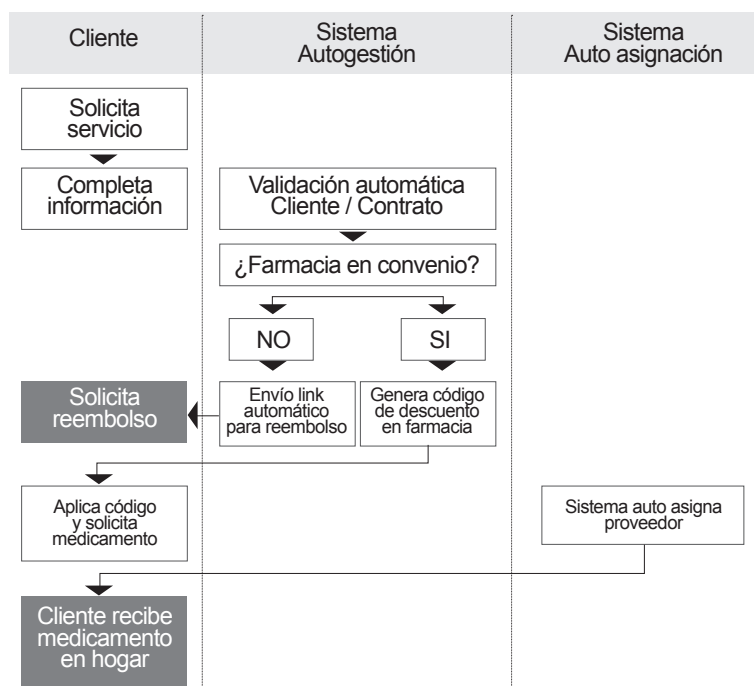
## 6. TERRITORIALIDAD DE LOS SERVICIOS:

Los servicios de entrega de medicamentos derivados de la telemedicina y descuentos en medicamentos en Farmacias se prestarán sujeto a disponibilidad en zona urbana en el Perú.

## 7. REEMBOLSO PARA CLIENTES QUE NO TIENEN COBERTURA POR LOCALIZACIÓN

**MOK** se obliga a reembolsar al **AFILIADO, TITULAR Y/O DEPENDIENTE** en los casos que la Farmacia del lugar donde se encuentre, no cuente con Convenio con **MOK**.

Flujo para clientes  
(incluye solución a clientes  
que no tienen cobertura por localización)  
→ Reembolso



## 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 **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTES**, o el inmueble del **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTES**. No obstante, en estos casos, **MOK** quedará obligado a compensar los gastos que expresamente haya autorizado efectuar al **AFILIADO / TITULAR / DEPENDIENTES** para obtener directamente las prestaciones garantizadas en el presente documento, siendo necesaria la presentación de los comprobantes de los gastos respectivos. Esto aplica solo para el beneficio en farmacias.