

**SEGURO DE SEPELIO – CONTIGO FAMILIA  
SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO  
PÓLIZA DE SEGURO N° 4140-500001**

Código SBS: VI050720462 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

**DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR**

**CONTRATANTE:** Financiera Efectiva S.A. **RUC:** 20441805960  
**Dirección:** Av. Luis Gonzales N° 1315 Int. 302 **Distrito:** Chiclayo  
**Provincia:** Chiclayo **Departamento:** Chiclayo  
**Teléfono:** (074) 274867 - 223680

**DATOS DE LA ASEGURADORA**

Rimac Seguros y Reaseguros **RUC:** 20100041953  
**Dirección:** Las Begonias 475, Piso 3. **Distrito:** San Isidro  
**Provincia:** Lima **Departamento:** Lima  
**Teléfono:** 411-1000 **Fax:** 421-0555  
**Página Web:** www.rimac.com **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**

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

- i. Cónyuge o conviviente
- ii. A falta de cónyuge o conviviente, será el hijo\* mayor de edad que primero tramite la solicitud de cobertura. En caso el beneficiario (solicitante) sea menor de edad, se pagará a Cuenta en custodia.
- iii. A falta de estos, se pagará a los herederos legales, previa presentación de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada del Asegurado

(\*El hijo que haya recibido la indemnización será responsable solidariamente frente a cualquier hermano que se presente a RIMAC SEGUROS a solicitar la misma cobertura del seguro, no siendo responsable RIMAC SEGUROS de realizar el pago de ninguna indemnización adicional.

En caso de que los Beneficiarios sean menores de edad bastará con señalar el nombre, apellidos completos y DNI.

**VIGENCIA DEL SEGURO**

Los certificados de seguro se emiten de la póliza matriz, y su vigencia será correspondiente al plan elegido. La fecha de inicio de vigencia de los certificados de seguro es la fecha en que se firma el certificado de seguro por el ASEGURADO y se mantendrá vigente en tanto: (i) EL ASEGURADO haya realizado el pago del seguro, (ii) la póliza matriz de Sepelio suscrita con RIMAC se mantenga vigente; y, (iii) ELASEGURADO se encuentre dentro de los rangos de edad establecidos en el certificado de seguros respectivo.

**INICIO DE LA COBERTURA:** La cobertura del seguro se inicia con la aceptación de la Solicitud del Seguro por parte de la COMPANÍA 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.

**Esta póliza no se renueva automáticamente.**

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

ASEGURADO

## RESUMEN DE LAS COBERTURAS

<b><u>Cobertura Principal</u></b> <b>Fallecimiento (Muerte Natural y Accidental)</b>	<b><u>Suma Asegurada (S/ o US\$)</u></b> <b>Hasta S/. 1,500</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.

## PLAN (Marcar con una x)

### **Opciones de Plan:** 1 año y 2 años

El plan contratado por parte del asegurado se encuentra especificado en el CCP

Máximo de pólizas a contratar por cliente: Máximo 3 pólizas activas. En caso de que se supere el máximo de Solicitudes – Certificados de Seguro contratados, dichos certificados de seguro contratados en exceso serán nulos.

## PRIMA COMERCIAL ANUAL (NO CONTIENE IGV)

Sepelio	Plan 1 – 1 Año	Plan 2 – 2 Año
<b>Prima Comercial Cliente</b>	<b>S/110.00</b>	<b>S/220.00</b>

**Comisión del comercializador: sesenta por ciento sobre la prima comercial. La cobertura inicia con la aceptación y firma del CCP (constancia de contratación del producto aprobado), y culmina con la fecha de vencimiento que señala el plan consignado en el CCP.**

## 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:

Para las coberturas Fallecimiento:

Edad máxima de ingreso = 69 años y 364 días

Edad máxima de permanencia = 72 años y 364 días

## EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL

Queda excluido de la cobertura de esta Póliza el fallecimiento del Asegurado o las lesiones que éste sufra a consecuencia de, en relación con, o como producto de:

- Enfermedades, lesiones y/o condiciones pre-existentes al inicio de la vigencia del presente seguro.
- Suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos años.
- Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Pena de Muerte o participación activa del asegurado en cualquier acto delictivo cometido o en actos violatorios de leyes o reglamentos, en duelo concertado; en peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participación activa en huelgas, motines, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.

- e. Cuando el deceso sea consecuencia de acción de guerra (civil o internacional) declarada o no, estando el asegurado en campaña, así como por intervención en duelo concertado.
- f. Por hacer uso de la aviación salvo cuando estés de viaje en calidad de pasajero en un transporte aéreo de servicio público autorizado y en itinerarios regulares.
- g. Las lesiones que sufra el asegurado como consecuencia de la práctica temeraria y/o participación en competencias profesionales o no profesionales o en prácticas de entrenamiento de las siguientes actividades o deportes riesgosos: Carreras de automóviles, motocicletas, bicicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas, deportes hípicas; artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, ala delta, ultraligeros, paracaidismo, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, esquí acuático y sobre nieve, inmersión o caza submarina, buzo, boxeo, caza de fieras, trabajos con explosivos o químicos.
- h. 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.
- i. Por inhalación de gases o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- j. Los siguientes accidentes médicos: apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos, así como los casos de negligencia o impericia médica.
- k. Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza.
- l. Por participación como conductores o acompañantes en carreras de automóviles, bicicletas, lanchas a motor o avionetas, o en carreras de entrenamiento.

#### **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:**

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

##### **Para la cobertura de Fallecimiento:**

- Copia Certificada de la Partida de Defunción emitida por RENIEC.
- 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 este documento.
- Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada por la institución de salud, siempre que el Asegurado, previo a su fallecimiento, haya sido atendido por una Institución de Salud.
- En caso el solicitante de la cobertura es el Cónyuge del Asegurado, partida de matrimonio.
- En caso el solicitante de la cobertura es el Conviviente del Asegurado, resolución judicial de Unión de Hecho.
- En caso el solicitante de la cobertura es un hijo mayor de edad del Asegurado, Partida de Nacimiento.

- En caso de Muerte Accidental del Asegurado, adicionalmente a los documentos antes señalados deberán presentar:
- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia completo emitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, este último en caso de haberse realizado.
  - Copia Certificada del Parte Policial y Atestado Policial completo, e Informe Final de la Fiscalía correspondiente, en caso de haberse realizado.
  - Original o Copia Certificada del Examen toxicológico emitido por la morgue, en caso de haberse realizado.
  - Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico emitido por la morgue, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.

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.

### **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 primeros 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.

## **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.

## ANEXO 1

Servicios de Asistencia	Tope Eventos anual	Tope S/ anual
Emergencia en Gasfitería	2 eventos	S/ 200
Emergencia en Electricidad	2 eventos	S/ 200
Profesor de Apoyo	Ilimitado	Ilimitado
Soporte para clases virtuales	Presencial (5 eventos) Virtual (Ilimitado)	Presencial (S/ 200) Virtual (Ilimitado)

### • Importante:

- Este servicio estará a disposición del **AFILIADO / TITULAR**, ilimitadamente las veces que el **AFILIADO / TITULAR** lo requiera de acuerdo a las coberturas 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 coberturas contratadas por **FINANCIERA EFECTIVA**.
- Las comunicaciones cursadas por el **AFILIADO / TITULAR** a **FINANCIERA EFECTIVA**, por aspectos relacionados con **CONTIGO FAMILIA** tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a **MOK**.
- Medios para comunicar aspectos de la asistencia: El **AFILIADO / TITULAR** acepta expresamente que los datos de contacto que usará **MOK** para comunicar cualquier aspecto relacionado con la **CONTIGO FAMILIA** serán correo electrónico, teléfono fijo, celular y dirección física indicados por **FINANCIERA EFECTIVA**.
- Vigencia de la cobertura: La vigencia de **CONTIGO FAMILIA** se renueva de forma mensual. Para mantenerla activa es requisito el pago de la asistencia contratada con **FINANCIERA EFECTIVA** el mes anterior al mes de vigencia.
- Medios habilitados por **MOK** para presentar reclamos: En caso de reclamo, **AFILIADO / TITULAR** cuenta con la Central de Asistencias +51(1) 680-3534 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** podrá ejercer los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.

## 1. DETALLE DE COBERTURAS:

**1.1. Emergencia en Gasfitería:** Cuando a consecuencia de una avería súbita (de repente) e imprevista en las instalaciones fijas de abastecimiento y/o sanitarias propias del domicilio del afiliado / titular, se presente alguna rotura, fuga de agua, avería que imposibilite el suministro o evacuación de las aguas, **MOK** enviará a la brevedad posible un técnico especializado, que realizará la asistencia de emergencia necesaria para restablecer el servicio, siempre y cuando el estado de las redes lo permitan.

Condiciones del Servicio: Servicio de emergencia que atiende las 24 horas del día los 365 días del año, cobertura de s/ 200.00 por evento, máximo 2 eventos por año. Incluye mano de obra y materiales básicos.

No incluye: Quedan excluidas de la presente cobertura, la reparación y/o reposición de averías propias de grifos, cisternas, depósitos, calentadores junto con sus acoples, tanques hidroneumáticos, bombas hidráulicas, radiadores, aparatos de aire acondicionado, lavadoras, secadoras, y cualquier aparato doméstico conectado a las tuberías de agua, y en general de cualquier elemento ajeno a las conducciones de agua propias de la vivienda, arreglo de canales y bajantes, limpieza general de trampas de grasa, reparación de goteras debido a una mala impermeabilización o protección de la cubierta o paredes exteriores del inmueble, limpieza general de pozos sépticos, ni averías que se deriven de humedad o filtraciones. Así como cualquier tipo de reparación en aéreas comunes o en instalaciones de propiedad de la Empresa de Servicio Público de Agua y alcantarillado. Servicios de albañilería, accesorios.

**1.2. Emergencia en Electricidad:** Cuando a consecuencia de cualquier hecho en las instalaciones eléctricas propias en el interior del inmueble del afiliado (casa, departamento de uso habitacional), se produzca una falta de energía eléctrica en forma total o parcial (cortocircuito), **MOK** enviará a un técnico especializado que realizará lo necesario para restablecer el suministro de energía eléctrica, siempre y cuando el estado de las redes lo permitan.

Condiciones del servicio: Servicio de emergencia que atiende las 24 horas del día los 365 días del año, cobertura de s/ 200.00 por evento, máximo 2 eventos por año. Incluye mano de obra y materiales básicos. Cubrimos daños ocasionados por corto circuito o sobrecarga, únicamente en áreas que pertenezcan a la instalación eléctrica del inmueble domicilio del afiliado.

No incluye: Quedan excluidas del presente servicio, la reparación y/o reposición de averías propias de electrodomésticos. Cualquier tipo de reparación en áreas comunes o en instalaciones propiedad de la Empresa de Energía y servicios de mantenimiento.

**1.3. Profesor de Apoyo: A Domicilio:** En caso el AFILIADO solicite el servicio de “profesor a domicilio” para sus hijos, **MOK** procederá a coordinar la prestación del servicio y gestionará la visita de un profesional en educación para que se acuda al domicilio con el propósito de enseñar las materias solicitadas y ayudar con el repaso y/o preparación de los estudiantes.

Condiciones del servicio: Este servicio estará a disposición del afiliado de lunes a viernes 8:00 am a 6:00 pm y sábados de 9:00 a 1:00 pm, siempre y cuando sea solicitado con un mínimo de 72 hrs. hábiles de anticipación.

**VIRTUAL:** En caso el AFILIADO solicite el servicio de “profesor virtual” para sus hijos, **MOK** procederá a coordinar la prestación del servicio a través de un profesional en educación para que brinde el servicio en línea con el propósito de enseñar las materias solicitadas, ayudar con el repaso y/o preparación de los estudiantes.

Condiciones del servicio: Este servicio estará a disposición del afiliado de lunes a viernes 8:00 am a 6:00 pm y sábados de 9:00 a 1:00 pm, siempre y cuando sea solicitado con un mínimo de 24 hrs. hábiles de anticipación.

Duración por sesión de 45 min (hora pedagógica) vía software Zoom.

Materias básicas consideradas en los niveles de: inicial, primaria y secundaria.

En ambos casos no incluye: Atención para hijos mayores de edad y/o beneficiarios que no sean considerados directos, no incluye envío de material.

**1.4. Soporte para Clases Virtuales:** En caso los hijos del AFILIADO necesiten apoyo técnico por problemas en la conexión de las clases escolares virtuales, **MOK** procederá a coordinar con un profesional en sistemas (software y hardware) quien lo ayudará en línea de formar virtual o telefónica a la solución del problema.

Condiciones del servicio: Este servicio estará a disposición en horario de clases escolares en los días útiles, en caso se necesite la ayuda de forma presencial, debe ser coordinado con un mínimo de 48 hrs de anticipación.

No incluye: Atención para beneficiarios que no sean considerados directos, excluye también problemas que no estén relacionados a las clases escolares virtuales.

## 2. EXCLUSIONES GENERALES:

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

- Cuando el **AFILIADO / TITULAR** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Los resultantes de los servicios que el **AFILIADO / TITULAR** haya contratado sin el previo consentimiento de **MOK**.
- Los derivados de prácticas deportivas en competencias;
- Mala fe del **AFILIADO / TITULAR**, 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 o situación de asistencia.
- Cuando el **AFILIADO / TITULAR** no se identifique como **AFILIADO / TITULAR** de los **SERVICIOS**.
- Deportes de aventura como parapente, ala delta, puenting, etc.

La empresa 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 las indemnizaciones a que hubiere lugar, las que pagarán contra prestación de los comprobantes de gastos respectivos que presente el **AFILIADO / TITULAR** y hasta concurrencia de los límites que se señalan anteriormente.

## 3. 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](mailto: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 **AFILIADO / TITULAR** deberá indicar los siguientes datos:

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

(\*) Datos del **AFILIADO / TITULAR** 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 **AFILIADO / TITULAR** 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** 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 **FINANCIERA EFECTIVA** ni frente al **AFILIADO / TITULAR**.

Toda llamada a nuestra Central de Asistencias será considerada por **MOK** como declaración o parte de siniestro, por lo que el **AFILIADO / TITULAR** 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 **AFILIADO / TITULAR**.

#### 4. 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**, o el inmueble del **AFILIADO / TITULAR**. No obstante, en estos casos, **MOK** quedará obligado a compensar los gastos que expresamente haya autorizado efectuar al **AFILIADO / TITULAR** 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 **MOK**. 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.

#### 5. TERRITORIALIDAD DE LOS SERVICIOS:

Los servicios de asistencia presenciales se prestarán sujeto a disponibilidad en zona urbana, según el siguiente radio de acción:

1. **Lima Metropolitana y Callao**
2. **Provincias: el radio de acción será de 60 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad**
  - **Por el Norte:** Tumbes, Piura, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Huaraz, Barranca.
  - **Por el Sur:** Ica, Chincha, Pisco, Arequipa, Juliaca, Puno, Moquegua, Tacna.
  - **Por el Este:** Huancayo, Ayacucho, Cusco, Abancay.