

**SOLICITUD - CERTIFICADO
SEGURO CONTIGO SALUD EFECTIBANK**

Código SBS: VI050720462
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
Póliza N°: 4140-500001

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

CONTRATANTE: Banco Efectiva S.A.	RUC: 20441805960
Dirección: Av. El Derby 254 Int. 2102	Distrito: Santiago de Surco
Urb. El derby de monterrico (Edificio Lima Central Tower)	Provincia: Lima
Departamento: Lima	Teléfono: (01) 641-2412

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.

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

La cobertura inicia con la aceptación y firma del CCP, así como el pago de la prima por parte del asegurado. La póliza tiene una vigencia de 1 a 5 años, dependiendo del plan contratado, desde la firma del CCP el cual está vinculado al préstamo consignado en dicho documento. Para el último día se considera que la cobertura aplica hasta 12 del mediodía.

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

Cobertura Principal

Suma Asegurada (S/ o US\$)

Fallecimiento (Muerte Natural y Accidental)

S/.1,500

DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS

Cobertura de Fallecimiento por muerte natural y muerte accidental:

Si se produjera el fallecimiento del ASEGURADO siempre que dicho evento no esté excluido en la póliza de seguro, la COMPAÑÍA indemnizará al Beneficiario, de acuerdo a las condiciones, coberturas y límites contratados. Nota: La cobertura es aplicable en territorio nacional o extranjero. Más detalle en el apartado QUE HACER EN CASO DE SINIESTRO para todo documento de procedencia extranjera.

PLAN

PLAN (Marcar con una x)

Opciones de Plan: ☐ 1 año, ☐ 2 años, ☐ 3 años, ☐ 4 años, ☐ 5 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)

Plan (De acuerdo a la vigencia del seguro)	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
Prima Comercial Anual Total	S/ 139.90	S/ 279.80	S/ 419.70	S/ 559.60	S/ 699.50

Comisión del comercializador: Veintinueve punto veinticuatro 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 Vida Flexible

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar: Oficinas del Contratante.

Interés Moratorio: No aplica.

Forma de Pago

Tener en cuenta que EL ASEGURADO realizará el pago de la prima mensualmente (fraccionada) al momento de pagar las cuotas de su crédito, el cual le ha otorgado el Contratante (Efectibank).

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:

La edad máxima de ingreso es 69 años y 364 días.

La edad máxima de permanencia es 69 años y 364 días.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL

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.

- 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.**

- d. 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 EL ASEGURADO esté 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 EL ASEGURADO lo decida y sin necesidad de una justificación. Para ello, EL ASEGURADO debe enviar una comunicación escrita a RIMAC o solicitar por cualquiera de los medios que uso 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, EL ASEGURADO tendrá derecho a que se le 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.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En caso EL ASEGURADO haya adquirido la presente Póliza de Seguro a través de Comercializadores (inc. Bancaseguros) o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, tiene el derecho de arrepentirse de la contratación de la Póliza de Seguro. Para esto, EL ASEGURADO podrá resolver la Póliza de Seguro sin expresión de causa y no afecta a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que haya recibido la presente Póliza de Seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas y/o beneficios. En dicho caso, procederemos a devolver el total del importe pagado de los 30 días calendarios siguientes a la fecha de haber ejercido este derecho.

Para ejercer el derecho de arrepentimiento, EL ASEGURADO deberá presentar una comunicación a través de los mecanismos directos de comunicación detallados en el Resumen; o en su defecto, en cualquiera de las Plataformas de Atención de la COMPAÑÍA. No obstante, lo antes indicado, EL ASEGURADO podrá utilizar el mismo medio que utilizó para contratar la presente Póliza de Seguro.

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 AVISO DE SINIESTRO**

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA dentro de los 07 días calendario días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia según corresponda en cualquiera de los Centros de Atención descritas en el resumen de la presente Póliza, así como por vía telefónica o al correo electrónico señalado en dicho resumen.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, pero la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la ASEGURADORA.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que la ASEGURADORA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

- **Paso 2 SOLICITUD DE COBERTURA:**

Para atender las solicitudes de cobertura en caso de fallecimiento se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus Centros de Atención al Cliente en Lima o provincias (detallados en el resumen de la Póliza) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- a. Documento de identidad del ASEGURADO.
- b. Certificado de defunción del ASEGURADO.
- c. Acta o partida de defunción del ASEGURADO.
- d. Historia clínica completa del ASEGURADO, foliada y fedateada, solo para muerte natural
- e. Documento de identidad de los BENEFICIARIOS mayores de edad y/o partida de nacimiento de los BENEFICIARIOS menores de edad que carezcan de DNI.
- f. Certificado o declaración jurada domiciliaria (en caso de BENEFICIARIOS menores de edad).
- g. En caso los BENEFICIARIOS sean los “Herederos legales”, se deberá adjuntar testamento o testimonio de sucesión intestada y copia literal de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos.

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.

El pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

Para atender las solicitudes de cobertura en caso de sobrevivencia se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus Centros de Atención al Cliente en Lima o provincias (detalladas en el resumen de la Póliza) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- a. Solicitud, proporcionada por la ASEGURADORA, firmada por el CONTRATANTE.
- b. Documento de identidad del CONTRATANTE.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

El listado anterior muestra la documentación que debe ser presentada para solicitar la cobertura en caso de siniestro.

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.

- **PROCEDIMIENTO DE PAGO DE SINIESTROS**

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

Dentro de los primeros 20 días LA ASEGURADORA 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 Sinistros (Resolución SBS N° 3202- 2013).

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

- **SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO**

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 COMERCIALIZADOR 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 COMERCIALIZADOR con los asegurados y/o beneficiarios, éste asumirá el pago del siniestro y la eventual sanción que LA ASEGURADORA pueda recibir a causa de este.

LA ASEGURADORA 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 COMERCIALIZADOR. El formato será coordinado con EL COMERCIALIZADOR 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 COMERCIALIZADOR.

- **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 según corresponda en el Paso 2 precedente 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, y en caso éste último no acepte la prórroga solicitada, podrá solicitarlo a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establecido en los Artículos 11° y 12° del Reglamento de Gestión y Pago de Sinistros (Resolución SBS N° 3202-2013).

Para efectos de la evaluación de la documentación presentada, el ASEGURADO 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 transurre el plazo descrito en el primer párrafo precedente y RIMAC no se ha pronunciado respecto del siniestro, se entiende que este ha sido consentido.

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 de Efectibank ubicadas en la red de Tiendas Efe, La Curacao o Motocorp, a nivel nacional. Central de Consultas y/o reclamos: (01) 641-2412. Página Web: www.efectibank.pe

Adicionalmente, podrá presentarse a RIMAC en los Centros 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.

También podrá presentar su Solicitud de Cobertura del Seguro a solicitud.cobertura@rimac.com.pe.

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:

En las oficinas de Efectibank ubicadas en la red de Tiendas Efe, La Curacao o Motocorp, a nivel nacional. Central de Consultas y/o reclamos: (01) 641-2412. Página Web: www.efectibank.pe

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 número de teléfono, 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 o número de teléfono declarado, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-1111. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico o número de teléfono declarado, 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 o bandejas SMS del número de teléfono declarado, 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.

CONDICIONADO GENERAL CONTIGO SALUD

1. OBJETO:

PROVEEDOR DE ASISTENCIAS brindará a los Afiliados, las asistencias que se indican en las presentes Condiciones Generales de contratación y que se refieren a una o varias contingencias que puedan sufrir los clientes de **Efectibank**.

2. SERVICIOS:

SERVICIOS DE ASISTENCIA					COPAGO:	CUBIERTO AL:
Atención Ambulatoria						
Atención ambulatoria en Medicina General y especialidades: Consultas médicas ambulatorias en Medicina General, Pediatría, Ginecología y Urología, según solicite el afiliado en nuestra Red Médica a nivel nacional.					S/8.00	100%
Medicamentos genéricos en los Centros Médicos de la Red Médica o en Farmacias afiliadas: Derivados de la Atención ambulatoria, en presentación genérica y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta. Tratamiento máximo de 15 días.					Sin copago	100%
Exámenes de laboratorio: Derivados de la Atención ambulatoria y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta. Se cubren los exámenes indicados en el presente documento.					Sin copago	100%
Imagenología: Derivados de la Atención ambulatoria y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta. Las imágenes cubiertas son Rayos X, Ecografía y Tomografía.					Sin copago	100% Hasta S/200.00 por evento
Atención Odontológica						
Consulta odontológica: - Niños (hasta 11 años): odontograma - Adultos (mayores a 11 años): odontograma y profilaxis					S/15.00	100%
Procedimientos odontológicos: - Niños (hasta 11 años): Sellantes, exodoncia simple y radiografía periapical. - Adultos (mayores a 11 años): Exodoncia simple y radiografía periapical.					S/15.00 por pieza tratada y terminada	100%
Chequeo Preventivo						
Chequeo preventivo Infantil Para beneficiarios menores a 15 años. Incluye: cita médica en Pediatría; control de peso y talla; y los siguientes exámenes: test de Graham, parasitología simple y hemoglobina. La lectura de resultados se realiza por teleconsulta. Chequeo preventivo Adulto: Para beneficiarios mayores a 15 años. Incluye: cita médica en Medicina General; control peso y talla; y los siguientes exámenes: hemograma, orina completa, triglicéridos y glucosa. La lectura de resultados se realiza por teleconsulta.					Sin copago	100%
Eventos disponibles por plan.						
CANTIDAD DE EVENTOS POR GRUPO FAMILIAR:						
Plan (Años)	Atenciones ambulatorias	Medicamentos genéricos	Exámenes de laboratorio	Exámenes de imágenes	Atención Odontológica	Chequeo Preventivo
1 año	6 eventos	6 eventos	6 eventos	6 eventos	3 eventos	1 evento
2 años	12 eventos	12 eventos	12 eventos	12 eventos	6 eventos	2 eventos
3 años	18 eventos	18 eventos	18 eventos	18 eventos	9 eventos	3 eventos
4 años	24 eventos	24 eventos	24 eventos	24 eventos	12 eventos	4 eventos
5 años	30 eventos	30 eventos	30 eventos	30 eventos	15 eventos	5 eventos

- **Importante:**
- **Se considera evento al uso de la asistencia por cada atención, ya sea por el AFILIADO / TITULAR o los BENEFICIARIOS.**
- Estas asistencias estarán a disposición del **AFILIADO / TITULAR y sus beneficiarios, hasta el número de eventos límite de acuerdo al plan que el cliente haya elegido.** Para hacer uso de sus Asistencias podrá contactarse con la Central de Asistencias +51(1) 680-3534 para Lima, 0-800-78041 para provincias, al Whatsapp +51 (1) 701-5377.

- **PROVEEDOR DE ASISTENCIAS** es el único y exclusivo responsable de las coberturas contratadas por **Efectibank**.
- Las comunicaciones cursadas por el **AFILIADO / TITULAR** a **Efectibank**, por aspectos relacionados con **CONTIGO SALUD** tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a **PROVEEDOR DE ASISTENCIAS**.
- **Medios para comunicar aspectos de las asistencias:** El **AFILIADO / TITULAR** acepta expresamente que los datos de contacto que usará **PROVEEDOR DE ASISTENCIAS** para comunicar cualquier aspecto relacionado con **CONTIGO SALUD** serán correo electrónico, teléfono fijo, celular o dirección física indicados por **Efectibank**.
- **Medios habilitados por PROVEEDOR DE ASISTENCIAS para presentar reclamos:** En caso de reclamo, **AFILIADO / TITULAR** cuenta con la Central de Asistencias +51(1) 680-3534 para Lima, 0-800-78041 para provincias o al Whatsapp +51 (1) 701-5377. **PROVEEDOR DE ASISTENCIAS** tendrá un plazo máximo de quince (15) días hábiles 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.
- **Medios para declarar beneficiarios:** al momento que el **AFILIADO / TITULAR** se comunique con **PROVEEDOR DE ASISTENCIAS** a los números +51(1) 680-3534 para Lima, 0-800-78041 para provincias o al Whatsapp +51 (1) 701-5377, para solicitar una asistencia deberá indicar también los datos de sus beneficiarios con el objetivo que quede registro en el sistema, para futuras atenciones, los datos solicitados son:
 - » Nombres y apellidos
 - » Número de DNI
 - » Parentesco
 En caso de cambios, el **AFILIADO / TITULAR** se deberá comunicar con **PROVEEDOR DE ASISTENCIAS**.

3. PERIODO DE CARENCIA.

Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud. El periodo de carencia del plan de salud es de 72 horas hábiles.

4. DETALLE DE COBERTURAS:

- 4.1. Atención ambulatoria:** Válido en clínicas o centros médicos afiliados a nuestra Red Médica a nivel nacional. El copago es por cada consulta médica.
- 4.2. Medicamentos genéricos:** Cobertura de receta médica, de acuerdo con el diagnóstico principal de la atención ambulatoria, prescrito por el médico tratante de la Red Médica. Tratamiento máximo 15 días calendario. Válido en farmacias afiliadas de la red, se puede verificar en el siguiente enlace.
De no contar con los medicamentos en la farmacia de la clínica, el cliente deberá contactarse con la central para coordinar la entrega de los medicamentos.
Solo se cubre medicamentos genéricos. De no existir un medicamento en presentación genérica, se podrá otorgar cobertura del medicamento comercial previo autorización de **PROVEEDOR DE ASISTENCIAS**.
- 4.3. Exámenes de laboratorio:** Cobertura de exámenes de laboratorio, derivados de la atención ambulatoria y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta prescrito por el médico tratante de la Red Médica. Válido en nuestras clínicas o centros médicos afiliados a nuestra red médica a nivel nacional. No se aceptarán ordenes externas. Los exámenes de laboratorio cubiertos sólo son los siguientes:
 - a. Exámenes de Hematología:** Hemograma Simple, Hemograma completo, Hematocritos, Recuento de plaquetas, Recuento de reticulocitos, Eritrosedimentación, Tiempo de coagulación, Tiempo de sangría, Tiempo de protomina (Quick), Tiempo parcial de tromboplastina (Aptt), Grupo sanguíneo y Factor RH, Coombs directo, Coombs indirecto, Investigación células LE, Factor antinúcleo (FAN), Investigación plasmodium (Gota Gruesa), Retracción del coágulo, Hierro sérico, Insulina B.
 - b. Exámenes de Bioquímica:** Sanguínea Glucosa, Glucosa, Glucosa Simple, Glucosa Basal, Curva de tolerancia de glucosa, Urea, Creatinina, Ácido úrico, Colesterol, HDL, LDL, VLDL, Triglicéridos, Fosfolípidos, Lípidos totales, Proteínas totales y fracción, Proteinograma (electroforesis), Reserva alcalina, Cloro, Sodio, Fructosamina, Troponina, CPK, Potasio, Fósforo inorgánico, Bilirrubina TDI, Transaminasas (SGPT), Transaminasas (SGOT), Gama G transferasa (GGT), Fosfatasa alcalina, Fosfatasa alcalina total, Fosfatasa prostática, Amilasa, Deshidrogenasa láctica (LDH), Creatin fosfoquinasa, Magnesio, Litio, Lipasa.
 - c. Exámenes de heces:** Parasitológico simple, Parasitológico seriado, Investigación oxiuros (Anal Swabb), HP Fecal, Sangre oculta, Sustancias reductoras, Coprocultivo – Antibiógrama.
 - d. Exámenes de orina:** Examen de orina simple, Examen completo de orina, Proteinuria de 24 hrs., Amilasuria, Microalbuminuria, Depuración de creatinina endógena (24 hrs.), Creatinuria, Ácido úrico (24 hrs.), Calcio (24 hrs.), Magnesio (24 hrs.), Bacterioscopico en orina, Urocultivo – Antibiógrama. Cualquier examen de laboratorio no indicado en la presente lista, no será cubierto por el presente Plan de Salud. o (24 hrs.), Calcio (24 hrs.), Magnesio (24 hrs.), Bacterioscopico en orina, Urocultivo – Antibiógrama.
- 4.4. Imagenología:** Cobertura de imágenes, derivadas de la atención ambulatoria y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta prescrito por el médico tratante de la Red Médica. Válido en nuestras clínicas o centros médicos afiliados a nuestra red médica a nivel nacional. Las imágenes cubiertas son: Rayos X, Ecografía y

Tomografía. Otros exámenes de imágenes no serán cubiertos por el presente Plan de Salud.

Condiciones del servicio:

En caso de ser una atención ambulatoria en algún centro médico, el cliente deberá acercarse al área de Admisión donde le indicarán los requisitos de los exámenes auxiliares y el costo de los mismos. En caso de tener algún inconveniente o consulta por la atención en el centro médico, el cliente deberá comunicarse con nuestra central para que envíe su orden de laboratorio o imágenes y número de DNI y de no tener disponibilidad de centros médicos para la Asistencia de Exámenes de Imagen, también está disponible el proceso de reembolso. No se aceptarán ordenes externas.

Dentro de las 48 horas hábiles siguientes, un ejecutivo (a) confirmará la cobertura de los exámenes, de acuerdo con el primer diagnóstico de consulta y siempre que no se trate de una exclusión.

4.5. Consulta odontológica: La cobertura de Consulta Odontológica comprende la atención brindada por un profesional odontólogo con el propósito de realizar una evaluación clínica del estado de salud bucal del asegurado.

Esta consulta podrá incluir:

- La anamnesis y el examen intraoral y extraoral del paciente.
- El diagnóstico de patologías bucales.
- La elaboración de un plan de tratamiento, en caso de ser necesario.
- La prescripción de estudios complementarios o medicamentos, si aplica.

Esta cobertura comprende lo siguiente:

- Niños menores de 11 años – odontograma.
- Mayores a 11 años y adultos – profilaxis y odontograma

4.6. Procedimientos odontológicos: La cobertura de procedimientos odontológicos comprende un conjunto de servicios destinados a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y condiciones que afectan la cavidad oral, dientes, encías y estructuras relacionadas.

Esta cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- Niños (hasta 11 años): Sellantes, exodoncia simple y radiografía periapical.
- Adultos (mayores a 11 años): Exodoncia simple y radiografía periapical.

4.7. Chequeo Preventivo: Cobertura que tiene por objeto preservar en buen estado la salud de los Beneficiarios, minimizando los riesgos de su deterioro, por lo tanto, las atenciones para enfermedades, accidentes y/o malestares específicos, así como cualquier otra atención o situación que no califique como preventiva, no se encuentra incluida en esta cobertura. Los Programas Preventivos no incluyen atenciones, medicamentos, exámenes y/o procedimientos no indicados expresamente en el presente documento. El chequeo preventivo puede variar según la edad. Atención previa reserva, a través de nuestros canales de atención y dentro del horario de atención al cliente, teniendo en cuenta las especificaciones descritas en el presente Manual de Uso del Beneficio de Asistencia de Salud.

- a. Chequeo preventivo Infantil: Para beneficiarios menores a 15 años. Incluye: cita médica en Pediatría; control de peso y talla; y los siguientes exámenes: test de Graham, parasitología simple y hemoglobina. La lectura de resultados se realiza por teleconsulta.
- b. Chequeo preventivo Adulto: Para beneficiarios mayores a 15 años. Incluye: cita médica en Medicina General; control peso y talla; y los siguientes exámenes: hemograma, orina completa, triglicéridos y glucosa. La lectura de resultados se realiza por teleconsulta.

*El chequeo Preventivo es Infantil o Adulto.

5. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA Y/O ATENCIÓN ODONTOLÓGICA:

- a. Las atenciones para las distintas Prestaciones de Salud se encuentran sujetas a los horarios de atención y disponibilidad de los Establecimientos de Salud y médicos afiliados a PROVEEDOR DE ASISTENCIAS.
- b. Las prestaciones médicas otorgadas en el plan de salud para el Titular y/o Beneficiario(s), estarán dadas únicamente por la Red de Proveedores médicos proporcionado por PROVEEDOR DE ASISTENCIAS. La Red Médica está sujeta a cambios sin previo aviso.
- c. El Titular y/o Beneficiario(s) deberá asumir el costo de los Copagos que correspondan por las Prestaciones de Salud, conforme a lo señalado en el presente Manual de Uso del Beneficio de Asistencia de Salud.
- d. El Titular y/o Beneficiario(s) que requieran las atenciones ambulatorias contempladas en el presente Plan de salud, podrá coordinar su cita médica de la siguiente forma:

RESERVA DE CITA, VÍA TELEFÓNICA Y WHATSAPP

- a. Llama a la central telefónica de PROVEEDOR DE ASISTENCIAS al +51(1) 680-3534 para Lima, 0-800-78041 para provincias o al Whatsapp +51 (1) 701-5377 y solicita atención médica.
- b. El área de atención al cliente* programará la cita y te enviará la confirmación por correo electrónico.
- c. Acércate al centro médico 30 minutos antes de tu cita e identificate como afiliado de PROVEEDOR DE ASISTENCIAS con tu DNI en físico.
- d. En caso de no contar con centros médicos disponibles en tu localidad, se puede realizar el proceso de reembolso sujeto a los documentos necesarios indicados por PROVEEDOR DE ASISTENCIAS.

(*) El horario de atención al cliente está disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CHEQUEO PREVENTIVO:

Para solicitar la atención de chequeo preventivo se debe tener en cuenta lo siguiente:

RESERVA DE CITA, VÍA TELEFÓNICA Y WHATSAPP

- Llama a la central telefónica de PROVEEDOR DE ASISTENCIAS al +51(1) 680-3534 para Lima, 0-800-78041 para provincias o al Whatsapp +51 (1) 701-5377 y solicita atención de Chequeo preventivo.
 - El área de atención al cliente* programará la cita y te enviará la confirmación por correo electrónico.
 - Acércate al centro médico 30 minutos antes de tu cita e identificate como afiliado de PROVEEDOR DE ASISTENCIAS con tu DNI en físico.
 - En caso de no contar con centros médicos disponibles en tu localidad, se puede realizar el proceso de reembolso sujeto a los documentos necesarios indicados por PROVEEDOR DE ASISTENCIAS.
- (*) El horario de atención al cliente está disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

7. PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE MEDICAMENTOS Y EXÁMENES AUXILIARES (LABORATORIO O IMÁGENES)

Para solicitar los medicamentos y/o exámenes auxiliares se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Haber pasado por una consulta ambulatoria en nuestra Red Médica.
- Receta médica u Orden de laboratorio o imágenes vigente con una antigüedad no mayor a 7 días, emitida por el Centro Médico afiliado a la Red Médica.
- Los medicamentos por las atenciones médica serán entregados al Titular y/o Beneficiario(s) en la farmacia del centro médico y de no existir la totalidad de los medicamentos en esta farmacia el afiliado, deberá contactar con PROVEEDOR DE ASISTENCIAS para coordinar la entrega de los medicamentos. Cabe señalar que el plan de salud sólo cubre medicamentos genéricos para todos los casos. De no existir un medicamento en Presentación Genérica, se podrá otorgar cobertura del medicamento comercial previa autorización de PROVEEDOR DE ASISTENCIAS o el reembolso presentando la documentación necesaria.

7.1. SOLICITUD DE MEDICAMENTOS:

- En caso de ser una atención ambulatoria envía tu receta médica, número de DNI a través de nuestro correo atencion.asistencia@grupomok.com o al Whatsapp +51 (1) 701-5377.
- En caso no se disponga del medicamento en el establecimiento, confirmaremos el método de entrega de tus medicamentos siendo por retiro en farmacia o delivery.
- Recoge tus medicamentos en la farmacia mostrando tu receta médica original y tu DNI.
Las zonas para coberturas de delivery están restringidas de acuerdo con zona geográfica por cadena de farmacia.
En caso se agoten todas las instancias posibles para la entrega de los medicamentos, se puede solicitar a PROVEEDOR DE ASISTENCIAS el reembolso de los medicamentos, adjuntando la documentación correspondiente.

7.2. SOLICITUD DE EXÁMENES AUXILIARES:

- En caso de ser una atención ambulatoria en algún centro médico, acércate al área de Admisión donde te indicarán los requisitos de los exámenes auxiliares.
- En caso de tener algún inconveniente o consulta por la atención en el centro médico, envía tu orden de laboratorio o imágenes y número de DNI a través de nuestro correo electrónico atencion.asistencia@grupomok.com o al Whatsapp +51 (1) 701-5377.
- Dentro de las 48 horas hábiles siguientes, una ejecutiva te confirmará la cobertura de los exámenes, de acuerdo al diagnóstico de la consulta y siempre que no se trate de una exclusión.

Acude al laboratorio o clínica indicada para la toma de los exámenes.

Se cubren sólo los tratamientos relacionados con el diagnóstico de la consulta médica. Los diagnósticos y exámenes cubiertos se encuentran señalados en el presente documento.

En cualquier caso, los servicios contemplados en este contrato se prestarán únicamente a quienes figuren como Titular y/o Beneficiario(s) dentro de la base de datos del plan de salud. El Titular asume la responsabilidad de informar a PROVEEDOR DE ASISTENCIAS la lista de sus 4 Beneficiarios y también si hubiese alguna modificación de sus datos para mantener actualizada dicha información.

En caso el Titular y/o Beneficiario(s) no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados anteriormente, PROVEEDOR DE ASISTENCIAS no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no prestación de los servicios a que se refiere el presente.

Para el proceso de reembolso, el Titular y/o Beneficiario(s) debe comunicarse con PROVEEDOR DE ASISTENCIAS y enviar los siguientes documentos:

- Copia de DNI de titular o beneficiarios.
- Número de cuenta (Titular y/o Beneficiario atendido)
- Número de Cuenta Interbancario - CCI (Titular y/o Beneficiario atendido)
- Comprobante de pago formal (regulado por SUNAT)
- Orden médica (Exámenes de laboratorio o imagen)
- Receta (Medicamentos)
- Informe médico (solo para Atención Ambulatoria o Chequeo Médico)

8. EXCLUSIONES GENERALES:

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

- Enfermedades y/o lesiones preexistentes al momento de contratar el plan de salud. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada o no por un profesional médico colegiado, conocida o no por el Titular y/o Beneficiario(s) y no resuelta en el momento previo al ingreso al presente Plan de Salud.
- Enfermedades, malformaciones, defectos y/o diagnósticos congénitos, de tipo genético hereditario y/o físicos adquiridos al nacer y gastos derivados de causas relacionadas.
- Toda consulta o examen de naturaleza cosmética, estética, suntuaria o para fines de embellecimiento, reconstructivo o reparadora.
- Exámenes y/o chequeos médicos de rutina, no contemplados como parte del Chequeo Preventivo.
- Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- Radiación nuclear.
- Participación voluntaria del Titular y/o Beneficiario(s) como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- Enfermedades, lesiones, secuelas, complicaciones a consecuencia de actividades o deportes peligrosos, realizados de manera profesional y no profesional tales como: carreras de automovilismo, motos terrestres, acuáticas y similares, ala delta, parapente, vuelo libre, paracaidismo y similares, escalamiento de montaña, carrera de caballos, rodeo, buceo profesional, lidia de toros, cacería mayor, puenting, surfing, artes marciales, boxeo, karate, lucha libre y otras de similar peligrosidad.
- Durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca, y miembros de las FF.AA o Policiales.
- Enfermedades y/o complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas, lesiones o traumatismos ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.
- Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infringidas, esté o no el Titular y/o Beneficiario(s) en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- Tratamiento de la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental, ansiedad, depresión, entre otros.
- Embarazo, control del embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- Control de niño sano o controles pediátricos, vacunas.
- Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Recetas médicas que no se emitan en la Red de Centros Médicos afiliados.
- Reembolsos de cualquier otro tipo, que no sea expresamente amparados por la presente cobertura y autorizados previamente por PROVEEDOR DE ASISTENCIAS.
- El presente Plan de Salud no cubrirá ninguna atención médica ambulatoria, diagnóstico, exámenes de laboratorio o exámenes médicos que no se encuentren descritos en el presente documento.
- El presente plan no cubre ningún tipo de prueba para validar o descartar diagnóstico de COVID-19 u otra enfermedad afín.

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.

9. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO:

Todas las asistencias enumeradas en el presente documento deberán ser solicitadas a través de la Central de Asistencias +51(1) 680-3534 para Lima, 0-800-78041 para provincias, al Whatsapp +51 (1) 701-5377 los 365 días del año. Las Asistencias serán atendidas por **PROVEEDOR DE ASISTENCIAS** 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, **PROVEEDOR DE ASISTENCIAS** 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, **PROVEEDOR DE ASISTENCIAS** 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, **PROVEEDOR DE ASISTENCIAS** no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con los servicios relacionados con el presente contrato ni frente a **Efectibank** ni frente al **AFILIADO / TITULAR**.

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

10. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS:

Las prestaciones mencionadas se realizarán por empresas profesionales o proveedores designados por **PROVEEDOR DE ASISTENCIAS**.

PROVEEDOR DE ASISTENCIAS 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, **PROVEEDOR DE ASISTENCIAS** quedará obligado a compensar los gastos que expresamente haya autorizado efectuar al **AFILIADO / TITULAR** para obtener directamente las prestaciones garantizadas en el presente documento a través de un reembolso, siendo necesaria la presentación de los comprobantes de los gastos respectivos detallados en este documento.

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

11. TERRITORIALIDAD DE LOS SERVICIOS:

Los servicios de asistencia se prestarán a nivel nacional en la red de clínicas de **PROVEEDOR DE ASISTENCIAS**. Descrita en <https://beneficios.grupomok.com/CONTIGOSALUD>