

SOLICITUD - CERTIFICADO SEGURO INDEMNIZATORIO ONCOLÓGICO EFECTIBANK

Código SBS: AE0506410276

N° PÓLIZA: 4145-500001 SOLES

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA COBERTURA DE PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

El Asegurado ha tomado conocimiento, al momento de solicitar este Seguro, que este producto tiene como finalidad indemnizar al Asegurado cuando sobre su persona se presente un **PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER**, bajo los términos y condiciones establecidos en este Certificado de Seguro.

En virtud de lo expuesto, y en caso que Usted como Asegurado recuerde que ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por cáncer o tumor maligno, leucemia, linfoma, melanoma o epiteloma u otro tipo de enfermedad oncológica, este seguro será NULO ya que su naturaleza era cubrir un primer diagnóstico de cáncer sobre su persona, y por ende, el riesgo sería inexistente al ya haberse materializado el riesgo cubierto antes de la fecha de inicio de vigencia del mismo.

En este caso, sugerimos que acuda a las oficinas del COMERCIALIZADOR (EFECTIBANK) y declare esta situación para proceder a devolverle las primas que haya pagado, porque este Certificado de Seguro no podrá surtir efectos legales.

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

CONTRATANTE: Banco Efectiva S.A.

Dirección: Av. El Derby 254 Int. 2102 Urb. El Derby de Monterrico (Edificio Lima Central Tower)

Departamento: Lima

RUC: 20441805960

Distrito: Santiago de Surco

Provincia: Lima

Teléfono: (01) 641 - 2412

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 / VIGENCIA

Los datos del asegurado son los que se consignan en la Constancia de Contratación del Producto (CCP), el cual está vinculado a un número de préstamo especificado en dicho documento y en cuyo cronograma de pagos del préstamo, se incluirá la prima de este seguro.

VIGENCIA DEL SEGURO

Vigencia: Anual con Renovación Automática

Los certificados de seguro se emiten de la póliza matriz, y su vigencia será anual y se renovarán automáticamente por períodos iguales y sucesivos. La fecha de inicio de vigencia de los certificados de seguro será la fecha que se ha consignado en el CCP y que ha sido suscrito por el ASEGURADO y se mantendrá vigente en tanto: (i) EL ASEGURADO haya realizado el pago del seguro, (ii) la póliza matriz suscrita con RIMAC se mantenga vigente; y, (iii) EL ASEGURADO se encuentre dentro de los rangos de edad establecidos en el certificado de seguros respectivo.

NÚMERO MÁXIMO DE PÓLIZAS DE SEGURO QUE PODRÁS CONTRATAR:

Se deja constancia que el presente producto de seguro solo podrá ser contratado por el ASEGURADO hasta un máximo de veces (cuyas vigencias se superpongan). En caso que el ASEGURADO mantenga más de 3 pólizas cuyas vigencias se superpongan, serán nulas las pólizas que excedan este número, y, en caso de ocurrir un siniestro, la responsabilidad máxima de RIMAC será el otorgamiento de las coberturas correspondientes a las primeras 3 pólizas de seguro. RIMAC, procederá a devolver las primas correspondientes a las pólizas que estén excediendo el número límite de pólizas antes indicado.

FORMA DE PAGO DEL SEGURO:

El pago correspondiente a la primera anualidad, y conforme se solicitó, se realizará de manera conjunta con el crédito otorgado con EFECTIBANK (COMERCIALIZADOR). Se deja constancia que este producto no es condición para contratar el producto financiero.

Este seguro es de renovación automática por lo que, en caso que hayas culminado de pagar el crédito con el cual pagabas las primas de este seguro, deberás acercarte a las oficinas del EFECTIBANK (COMERCIALIZADOR) y obtener otro crédito para continuar con el pago de su seguro a través de las cuotas mensuales o puedes comunicarte con RIMAC para conocer los métodos de pago y así continuar protegido bajo la cobertura de este Certificado.

MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES

La ASEGURADORA podrá proponer modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, para lo cual, deberá cursar aviso por escrito al ASEGURADO detallando las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia de la Póliza. El ASEGURADO tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la ASEGURADORA, quien emitirá la Póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones realizadas.

RESUMEN DE LAS COBERTURAS

<u>Cobertura Principal</u>	<u>Suma Asegurada (S/ o US\$)</u>
Indemnización por primer diagnóstico de cáncer	S/ 10,000
<u>Coberturas Adicionales</u>	<u>Suma Asegurada (S/ o US\$)</u>
Renta Hospitalaria por cáncer (Máximo 30 días continuos o no continuos)	S/ 50 por día
Plan de asistencias	

DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS

Cobertura de Indemnización por primer diagnóstico de cáncer:

En caso de diagnosticarse cáncer por primera vez durante la vigencia de la póliza, y en tanto haya transcurrido el período de carencia, el ASEGURADO recibirá la suma asegurada contratada al 100%, de conformidad con las definiciones y exclusiones incluidas más adelante (solo se pagará la primera ocurrencia de Cáncer).

Cobertura de Renta hospitalaria por cáncer:

Si el ASEGURADO es hospitalizado por primer diagnóstico de cáncer, recibirá una renta por cada día que se encuentre hospitalizado en cualquier institución hospitalaria legalmente establecida dentro del territorio peruano hasta por un máximo de 30 días al año.

El beneficiario es el Asegurado. En caso de que el Asegurado falleciera en el periodo de tiempo en que se mantuviera hospitalizado, y no se haya solicitado la cobertura del presente Seguro, esta deberá ser solicitada por los HEREDEROS LEGALES del ASEGURADO.

PRIMA COMERCIAL ANUAL (NO CONTIENE IGV)

Prima Comercial Cliente	S/110.00
-------------------------	----------

Comisión del comercializador: cuarenta 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 Indemnizatorio oncológico.

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 (Efectibank).

Se deja constancia que este producto no es condición para contratar el producto financiero.

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:

La edad mínima de ingreso es 18 años

La edad máxima de ingreso es 64 años y 364 días.

PERIODO DE CARENCIA

Carencia para indemnización por diagnóstico de cáncer y renta hospitalaria por cáncer: 30 días calendarios contados a partir de la fecha de inicio del presente seguro.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL

EXCLUSIONES DE INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

- Enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio del presente seguro.
- Enfermedades que se hayan diagnosticado o detectado antes o durante el periodo de carencia o no cobertura.
- Lesiones o enfermedades como consecuencia de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos, así como radioterapia y rayos x sin supervisión médica.
- Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.
- Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- Se excluyen los siguientes tumores:
 - Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.
 - Tumores que muestran los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-3) o aquellos que son descritos histológicamente como pre-malignos.
 - Micro-carcinoma papilar de la tiroides.
 - Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrita como TaNOM0 o con una clasificación menor.
 - Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI ó Estadio A-1 de Binet -I.

EXCLUSIONES DE RENTA HOSPITALARIA POR CÁNCER

Para la presente cobertura adicional, aplican las exclusiones descritas en el punto anterior. Adicionalmente, tampoco indemnizará al asegurado en caso las hospitalizaciones sean originadas o causadas por:

- Estudios o pruebas genéticas.
- Chequeos médicos y despistajes de enfermedades en una persona sana, así como el tratamiento y/o medicina preventiva, así como todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- Tratamientos originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación incluyendo los casos en que el ASEGURADO se automedique por propia cuenta, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.
- Todo tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o período de prueba cuya indicación no esté aprobada por la FDA (Food and Drugs Administration- EEUU).
- Hospitalizaciones realizadas en instituciones legalmente no establecidas y hospitalizaciones por convalecencia.

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.

SUSPENSIÓN DE COBERTURA

En caso que el ASEGURADO incumpla con el pago de la prima, la ASEGURADORA podrá suspender la cobertura transcurridos 30 días desde la fecha en que haya vencido el plazo para el pago. Para que la cobertura se suspenda, la ASEGURADORA deberá remitir una comunicación escrita al ASEGURADO mediante la cual informe acerca del incumplimiento del pago de la prima, el plazo con el que cuenta para realizar el pago y las consecuencias del incumplimiento.

En caso que la cobertura se suspenda, el ASEGURADO podrá rehabilitar la cobertura, pagando la totalidad de la deuda. La rehabilitación operará a las 00:00 horas del día siguiente a la fecha de realizado el pago.

A partir de la fecha de suspensión de cobertura, la ASEGURADORA no será responsable de ningún siniestro que se produzca para lo cual se libera de toda responsabilidad.

EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

Recuerda que, aún si es que no se procedió a suspender la cobertura, si transcurren 90 días desde la fecha del incumplimiento del pago de la prima, esta Póliza de Seguro quedará extinguida de manera automática. 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.

AVISO A RIMAC PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Se deberá dar aviso del siniestro por escrito a la ASEGURADORA. Asimismo, el plazo para dar aviso del siniestro se computa de la siguiente manera:

- a. ciento veinte (120) días calendario después de la fecha desde que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro; o
- b. siete (7) días calendario desde que BENEFICIARIO o HEREDERO conoce el beneficio.

Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa o debida a culpa inexcusable; salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, para el caso en que la demora se deba a culpa inexcusable. Asimismo, en caso la ASEGURADORA sufra un perjuicio debido a que el ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDEROS, según corresponda, incumpla, por culpa leve, con la obligación de dar aviso a la ASEGURADORA dentro de los plazos señalados, esta podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

SOLICITUD DE COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Y RENTA HOSPITALARIA POR CÁNCER

Para solicitar la cobertura, se deberá entregar a LAASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en lima o provincias los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

1. Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del diagnóstico Anatomo-Patológico emitido por la institución de salud quien se ha encargado de realizar dicho diagnóstico.
2. Presentar copia fedateada y foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO donde se evidencien los diagnósticos y procedimientos realizados que sustenten el diagnóstico o condición cubierta por la Póliza. La evidencia sobre la ocurrencia de cualquier evento ASEGURADO cubierto por esta Póliza debe ser sustentada por:
 - Médico especialista debidamente registrado en Perú, sin que éste sea el CONTRATANTE de la Póliza, el mismo ASEGURADO o cónyuge o conviviente o pariente hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
 - Investigaciones confirmatorias, así como evidencias clínicas, radiológicas, histológicos y de laboratorio.
3. Fotocopia del Documento de Identidad del ASEGURADO.

En caso de fallecimiento del ASEGURADO posterior al periodo de carencia y antes de la liquidación del siniestro, los Beneficiarios establecidos en el Condicionado Particular, deberán presentar los mismos documentos anteriores, además de lo siguiente:

- a. Original o Copia Certificada de la Partida de Defunción expedida por RENIEC.
- b. Copia de los Documentos Nacionales de Identidad de los Beneficiarios. Si fueran extranjeros el Carné de Extranjería o en su defecto el Pasaporte.
- c. En caso de que el ASEGURADO no haya designado Beneficiarios, serán los herederos legales, quienes presentarán además de los requisitos anteriores, la inscripción definitiva de la Declaratoria de Herederos ya sea por Sucesión Intestada o por Testamento.

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (03) meses.

Los Centros Médicos que emitan pronunciamiento de acuerdo con los requisitos anteriores, deben ser legalmente reconocidos

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación listada en la Póliza para la Solicitud de Cobertura, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

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

EL ASEGURADO deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la ASEGURADORA solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico. EL ASEGURADO se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la ASEGURADORA y 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 dar cualquier información solicitada por la ASEGURADORA. Los exámenes médicos descritos en el presente párrafo deberán solicitarse según lo establecido en el párrafo precedente y los gastos serán asumidos por EL ASEGURADO.

La ASEGURADORA declara que la información obtenida será tratada como información confidencial y empleada exclusivamente para determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico por la cual se solicita cobertura.

Una vez obtenida la documentación e información que solicitara la ASEGURADORA, según lo establecido en el párrafo precedente, y en caso de que ésta no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días con que cuenta para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro se entenderá que éste ha quedado consentido, salvo que se solicite la prórroga de dicho plazo.

En caso de consentimiento del siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

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: Calle Las Begonias N°650 Piso 10, San Isidro, Lima / Lima: Calle Las Begonias N°690, San Isidro. 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 Centros de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas. / **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 y sus normas modificatorias.
- 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, 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, entantoe el ASEGURADO hubiera proporcionado información veraz.

Cláusula de Protección de Datos Personales

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD (en adelante, "RIMAC"), con domicilio en Calle El Parque N.º 149, piso 2, San Isidro, Lima, Perú; te informa que, de forma directa y/o a través de encargados (nacionales y/o extranjeros), tratará los datos que nos proporciones y/o aquellos a los que accedamos de manera legítima con la finalidad de preparar y/o ejecutar nuestra relación contractual, pudiendo para ello utilizar mecanismos automatizados o no.

Tienes el derecho de ejercer tus derechos de acceso, información, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad, o revocar tu consentimiento, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC o enviando una solicitud al correo electrónico atencionalcliente@rimac.com.pe.

Para más información, puedes consultar nuestra Política de Privacidad en www.rimac.com/politica-privacidad.

Consentimiento de Usos Adicionales

RIMAC desea obtener tu consentimiento para tratar los datos personales que nos proporciones y/o a los que tengamos acceso válidamente, con la finalidad de que Rimac y terceros, y/o sus encargados (nacionales y/o extranjeros), (i) te envíen comunicaciones con información comercial que Rimac, sus socios comerciales y/o empresas del Grupo Breca tienen para ti; y/o, (ii) desarrollen estudios de mercado, perfiles, e información estadística, y compartan y enriquezcan tus datos personales e información derivada entre sí, con fines de publicidad y para desarrollar productos y/o servicios especializados.

Tus datos serán tratados en los términos previstos en nuestra Política de Privacidad y Consentimiento para Usos Adicionales, ubicados en www.rimac.com. Podrás ejercer tus Derechos ARCO y/o revocar tu consentimiento en las Plataformas de Atención de RIMAC o enviando una solicitud al correo electrónico atencionalcliente@rimac.com.pe

¿Aceptas el tratamiento de sus datos para las finalidades detalladas? *

☐ Sí acepto

* No es obligatorio brindar tu consentimiento para continuar.

CONDICIONADO GENERAL “ASISTENCIAS ONCOLÓGICAS” EFECTIBANK

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS - CONDICIONES DEL SERVICIO “ASISTENCIAS ONCOLÓGICAS” EFECTIBANK

Este Beneficio de Asistencias es gestionado y operado por un proveedor de servicios de Rimac a los clientes de EFECTIBANK que hayan aceptado la contratación del Seguro INDEMNIZATORIO ONCOLÓGICO EFECTIBANK, 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:

MOK gestionará para los **AFILIADOS/TITULARES**, los servicios que se indican en el presente documento y que se refieren a una o varias contingencias que puedan sufrir los clientes de **EFECTIBANK**.

2. DEFINICIONES:

AFILIADO/TITULAR: Es la persona natural, cliente de **EFECTIBANK**, que se haya afiliado al “**SEGURO ONCOLÓGICO**” (en adelante, el “Seguro”) comercializado por **EFECTIBANK**, de conformidad con los términos, condiciones y exclusiones establecidos en este documento.

3. SERVICIOS:

Servicios	Eventos por año	Tope por eventos
Segunda opinión médica	1 evento	S/ 250
Traslado al paciente para quimioterapia y/o radioterapia (ida y vuelta)	3 eventos	S/ 100
Alojamiento en caso viaje para temas de atenciones (hasta un monto diario por un número de días)	2 eventos, 5 días	S/ 300
Nutricionista durante el tratamiento	3 eventos	S/ 100
Psicólogo para llevar la enfermedad (orientación telefónica)	6 eventos al año, 1 evento máximo por mes	Ilimitado
Facilitar aparatos ortopédicos en caso de necesidad (silla de ruedas, andador, muletas)	1 evento	S/ 200 Co-pago S/ 50

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 **EFECTIBANK**.
- Las comunicaciones cursadas por el **AFILIADO / TITULAR** a **EFECTIBANK**, por aspectos relacionados con las **ASISTENCIAS ONCOLÓGICAS** tienen el mismo efecto que si se hubiese 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 las **ASISTENCIAS ONCOLÓGICAS** serán correo electrónico, teléfono fijo, celular y dirección física indicados por **EFECTIBANK**.
- Vigencia de la cobertura:** La vigencia de las **ASISTENCIAS ONCOLÓGICAS** se renueva de forma anual. Para mantenerla activa es requisito el pago del Seguro contratado con **EFECTIBANK** por toda la anualidad.
- Medios habilitados por MOK para presentar reclamos:** En caso de reclamo, el **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 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.

4. DETALLE DE COBERTURAS:

4.1 Segunda opinión médica: En caso de que el **AFILIADO / TITULAR** requiera de una segunda opinión médica ante un diagnóstico oncológico presentado, **MOK** pondrá a su disposición a un profesional Oncólogo para absolver la consulta requerida.

Condiciones del servicio: Atenciones de lunes a sábado de 8:00 a 18:00 hrs. Asimismo el profesional que atenderá será un especialista relacionado con el caso: Oncólogo Clínico o Cirujano Oncólogo, por ejemplo. El servicio aquí establecido se brindará hasta un monto máximo de S/ 250 por evento, pudiendo solicitar el servicio por un (01) evento al año como máximo.

No incluye: No brinda receta, ni tratamientos. No genera descansos médicos.

4.2 Traslado al paciente para quimioterapia y/o radioterapia (ida y vuelta): En caso de que el **AFILIADO / TITULAR** solicite el traslado a un hospital o centro médico para su quimioterapia y radioterapia, **MOK** gestionará el traslado en taxi o ambulancia en caso sea necesario o en el medio de transporte terrestre que se encuentre disponible y que cumpla con las condiciones mínimas para su ejecución.

Condiciones del servicio: El servicio será programado con 24 horas hábiles de anticipación. Es necesario que el paciente se encuentre con un acompañante mayor de edad responsable. Incluye traslado ida y vuelta, desde la casa del **AFILIADO / TITULAR** al centro médico. El servicio aquí establecido se brindará hasta un monto máximo de S/ 100 por evento, pudiendo solicitar el servicio hasta tres (03) veces en el año como máximo.

No incluye: Traslados con otro fin de destino que no sean centros médicos para el tratamiento oncológico del paciente.

4.3 Alojamiento en caso de viaje para temas de atenciones (hasta un monto diario por un número de días): En caso de que el **AFILIADO / TITULAR** requiera de un alojamiento por motivos de atenciones oncológicas programadas fuera de su ciudad de residencia, **MOK** pondrá a su disposición el servicio de alojamiento mediante un reembolso.

Condiciones del servicio: Coordinación con 24 horas de anticipación. Aplica para cita de control médico y tratamiento ambulatorio. El servicio aquí establecido se brindará hasta un monto máximo de S/ 300 por evento, pudiendo solicitar el servicio hasta dos (02) veces en el año por cinco (05) días como máximo.

El proceso de reembolso tiene una ejecución de 15 días hábiles una vez recibida la documentación completa

No incluye: Tratamiento hospitalario y toda solicitud tiene que ser previamente notificada a **MOK**, caso contrario se excluye.

4.4 Nutricionista durante el tratamiento: En caso de que el **AFILIADO / TITULAR** requiera de una asesoría nutricional durante su tratamiento oncológico, podrá comunicarse con la plataforma de atención al cliente de **MOK** y solicitar el servicio de telemedicina, que se brindará a través de videollamada mediante Whatsapp, Zoom, Google, Meet, entre otros y coordinará el enlace con un Nutricionista capacitado para ayudar a elegir alimentos sanos, brindar asesoramiento para mejorar la calidad de vida, dietas saludables.

Condiciones del servicio: No cubre productos nutricionales ni suplementos de ningún tipo. El servicio se brindará de lunes a viernes de 8:00 a 18:00 hrs. El servicio aquí establecido se brindará hasta un monto máximo de S/ 100 por evento, pudiendo solicitar el servicio hasta tres (03) veces en el año como máximo.

No incluye: No cubre productos nutricionales ni suplementos de ningún tipo.

4.5 Psicólogo para llevar la enfermedad (orientación telefónica): En caso de que el **AFILIADO / TITULAR** requiera apoyo profesional en psicología para llevar las terapias oncológicas, **MOK** pondrá a su disposición a un profesional en Psicología que mediante una orientación telefónica podrá asesorar al **AFILIADO / TITULAR**.

Condiciones del servicio: Se coordina con 24 horas hábiles de anticipación. Tiempo máximo de 15 minutos por orientación. El servicio se brindará de lunes a viernes de 8:00 a 18:00 hrs. El servicio aquí establecido se brindará con un monto ilimitado por evento, pudiendo solicitar el servicio hasta seis (06) veces en el año y una (01) vez al mes como máximo.

No incluye: No incluye recetas ni medicamentos.

4.6 Facilitar aparatos ortopédicos en caso de necesidad (silla de ruedas, andador, muletas): En caso de que el **AFILIADO / TITULAR** requiera aparatos ortopédicos a consecuencia de su tratamiento oncológico, **MOK** pondrá a su disposición silla de ruedas, andador y muletas básicas las cuales deberán ser devueltas al término del uso, máximo tres (03) meses de uso.

Condiciones del servicio: El servicio se coordina con 48 a 72 horas de anticipación. Si en caso no se cuenta con disponibilidad de stock de los aparatos ortopédicos, **MOK** podrá ofrecer el servicio como reembolso para el **AFILIADO / TITULAR**. El **AFILIADO / TITULAR** deberá pagar una garantía y el servicio se prestará previo pago a esta. El servicio se brindará de lunes a viernes de 8:00 a 18:00 hrs. El servicio aquí establecido se brindará hasta un monto máximo de S/ 200 con un copago de S/ 50 por evento, pudiendo solicitar el servicio una (01) vez en el año como máximo.

5. 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 mediase 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.

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

6. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO:

Todos los servicios enumerados en el presente documento deberán ser solicitados a través de la Central de Asistencias +51(1) 680-3534 para Lima y para provincia 0-800-78-041 o a través del siguiente correo electrónico: atencion.asistencia@grupomok.com los 365 días del año. Los referidos servicios serán atendidos por MOK con la mayor prontitud posible.

Al momento de comunicarse 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 de la solicitud del servicio 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 descritos en el presente documento, ni frente a **EFFECTIBANK**, ni frente al **AFILIADO / TITULAR**.

Toda llamada a la Central de Asistencias será considerada por **MOK** como declaración o parte de la solicitud del servicio, 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**.

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**, 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 la concurrencia de los límites que se señalan en las condiciones particulares anteriores, siempre que hubiese sido autorizado previamente de manera expresa y por escrito 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.

8. TERRITORIALIDAD DE LOS SERVICIOS:

Los servicios de asistencia presenciales se prestarán a nivel nacional. Los casos excepcionales, tales como los que no puedan ser atendidos por territorialidad o por razones atribuibles a **MOK**, se atenderán bajo la modalidad de reembolso.