

Código SBS: VI0507210297 – Soles
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

SOLICITUD – CERTIFICADO SEGURO MÚLTIPLE PLAN PROTECCIÓN TOTAL Y SALUD INTERBANK

Póliza N°:

Inicio de vigencia:

Fin de vigencia:

IMPORTANTE

Esta Solicitud – Condicionado Particular de Seguro incluye un beneficio que consiste en un Programa de Asistencias gestionado y operado por un proveedor de servicios de RIMAC, cuyo Manual de Uso consta como Anexo N° 1 al presente documento. Para solicitar cualquier beneficio de la Asistencia deberás llamar al (01)411-3056. Los beneficios contenidos en el Programa de Asistencias NO podrá ser brindados en caso no hayas llamado al teléfono indicado en el párrafo precedente.

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros

RUC: 20100041953

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

Teléfono: 411-3000 / Fax: 421-0555

Página Web: www.rimac.com

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

Razón Social: BANCO INTERNACIONAL DEL PERU-INTERBANK

RUC: 20100053455

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

Teléfono: 2192000

Página Web: <https://interbank.pe/>

DATOS DEL ASEGURADO / RESPONSABLE DE PAGO

Nombres y Apellidos:

DNI CE

N°

Fecha Nac.: / /

Sexo: M F

Domicilio:

Distrito:

Provincia:

Teléfono:

Correo electrónico:

VIGENCIAS

La vigencia del Plan es **mensual**: a los 30 días calendario desde la fecha de emisión de este certificado. Se renueva automáticamente a su fin de vigencia, por periodos iguales y sucesivos.

COBERTURAS

| Cobertura Principal | Plan |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <p>RENTA ALIMENTICIA POR FALLECIMIENTO NATURAL (RENTA ÚNICA) En caso de muerte natural del Asegurado durante la vigencia de la póliza, La Aseguradora pagará a los Beneficiarios, el importe de la renta única señalada en las presentes Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma. Una vez pagada la indemnización, la póliza culmina su vigencia por extinción del interés asegurable.</p> | S/ 10,000.00 |
| <p>MUERTE ACCIDENTAL En caso de muerte accidental del Asegurado durante la vigencia de la póliza, La Aseguradora pagará a los Beneficiarios, el importe de la suma asegurada señalada en las presentes Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma. Una vez pagada la indemnización, la póliza culmina su vigencia por extinción del interés asegurable.</p> | S/ 10,000.00 |

BENEFICIOS

Asistencia de Salud (Beneficio Adicional de Asistencia de Salud)

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

BENEFICIARIO PARA LAS COBERTURAS DE RENTA ALIMENTICIA POR FALLECIMIENTO NATURAL (RENTA ÚNICA) Y MUERTE ACCIDENTAL

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 del asegurado (siempre que éste sea mayor de edad). En caso el beneficiario 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

PRIMA COMERCIAL

| PLAN | PLAN DÚO |
|--------------------------------------|------------------|
| Prima Neta | S/. 15.54 |
| Prima Comercial (Prima bruta) | S/. 16.00 |

Comisión del Comercializador: 29.5% sobre prima neta.

La Prima Neta se obtiene descontando el gasto de emisión (3%) de la Prima Comercial.

DEDUCIBLES

No Aplica

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

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

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

AUTORIZACIÓN DE CARGO

Por medio de la presente, el RESPONSABLE DE PAGO autoriza al COMERCIALIZADOR a realizar el cargo mensual de la prima en la Tarjeta de Crédito Interbank contratada por el RESPONSABLE DE PAGO, en la que figure como titular y se encuentre habilitada para este tipo de operaciones durante la vigencia de la póliza contratada. El cargo realizado se mostrará en el Estado de Cuenta de la Tarjeta de Crédito Interbank, según la fecha de facturación de la misma.

Nota: El COMERCIALIZADOR no es responsable por los cargos que no pudieran ser efectuados, ni de la suspensión de la cobertura del seguro y/o extinción del contrato de seguro por falta de pago de la prima. El RESPONSABLE DE PAGO se encuentra obligado a informar al COMERCIALIZADOR y/o ASEGURADORA los casos donde no se realice el cobro de la prima en su Tarjeta de Crédito Interbank mientras la póliza se encuentre vigente.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Asegurado podrá ejercer este derecho empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha de haber recibido este Certificado de Seguro, siempre que no haya utilizado las coberturas y/o beneficios otorgados por este seguro. Una vez ejercido el Derecho de Arrepentimiento, se procederá a devolver la totalidad de la prima pagada al Responsable de Pago. El Asegurado podrá ejercer este derecho empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

Medio para solicitar la aplicación del Derecho de Arrepentimiento:

Teléfono: (01) 311-9000

EXCLUSIONES

- a. Enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio del presente seguro
- b. Suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos años
- c. 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 activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e. Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiriera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública.
- f. Viajes aéreos o marítimos que haga el asegurado en calidad de pasajero en vuelos no comerciales, de itinerarios no fijos ni regulares así como operaciones o viajes submarinos.
- g. Los siguientes fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario: inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- h. Las lesiones que sufra el asegurado como consecuencia de la participación directa o durante la práctica habitual de las siguientes actividades o deportes riesgosos: corredor de automóviles, motocicletas, bicicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas de caballos; 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.
- i. Cuando el asegurado se encuentre bajo influencia del alcohol (0.5 gr/lit a más) o drogas y esta situación sea acto generador del siniestro
- j. Por inhalación de gases o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza
- k. 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
- l. 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.
- m. Las complicaciones médicas de embarazos o partos.

DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

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

EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

En caso que se mantenga el incumplimiento de pago de la prima durante 90 días calendarios de manera consecutiva, el contrato de seguro quedará extinguido. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por el Certificado de Seguro.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

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

AVISO DE SINIESTRO

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

SOLICITUD DE COBERTURA

Para atender las solicitudes de cobertura de Fallecimiento, deberán remitir digitalmente los siguientes documentos al correo electrónico solicitud.cobertura@rimac.com.pe :

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

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

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

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

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

PAGO DE SINIESTRO

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

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

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

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

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

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

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

| | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Defensoría del Asegurado | Página web: www.defaseg.com.pe Dirección: Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima Telf.: Lima:(01) 421-061 |
| Indecopi | Página web: www.indecopi.gob.pe Dirección: Sede Central Lima Sur: Calle de la Prosa 104, San Borja. Sede Lima Norte: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos Telf.: Lima: (01) 224-7777 Provincias: 0800-4-4040 |
| Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) | Página web: www.sbs.gob.pe Oficina Principal: Los Laureles 214, San Isidro, Lima Plataformas de Atención: Lima: Jr. Junín N° 270, Lima 01. Arequipa: Los Arces 302, Urb. Cayma. Piura: Jr. Prócer Merino 101, Urb. Club Grau Huancayo: Pasaje Comercial N° 474, El Tambo Iquitos: Calle Putumayo N° 464 Teléfono: 0800-10840 (511) 428-0500 |

PÓLIZA ELECTRÓNICA

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

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

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



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

ANEXO I

MANUAL DE USO DE BENEFICIOS DE LA ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL Y SALUD DÚO

Este Beneficio de Asistencias Protección Total y Salud Dúo es gestionado y operado por un proveedor de servicios de Rimac a los clientes de Interbank que hayan aceptado la contratación del Seguro de Vida, 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.

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

1. OBJETO: ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL Y SALUD DÚO

EL **PROVEEDOR** brindará a los Asegurados y a 1 Beneficiario adicional (Familiar directo) designado por el Asegurado, los servicios que se indican en el presente documento, y que se refieren a una o varias contingencias que puedan sufrir los clientes de **RIMAC**.

2. ASISTENCIAS:

| Categoría | Asistencias | Límite de Cobertura por evento | Eventos al Año | Copago por evento |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|
| Atención Médica Ambulatoria | Clínica Consulta Médica | S/ 75 | 12 eventos al año | - |
| Medicamentos Genéricos | Reembolso Medicamentos Genéricos | S/ 120 | 12 eventos al año | - |
| Médico a Domicilio | Médico a Domicilio | S/ 90 | 04 eventos al año | S/ 35 |
| Enfermera a Domicilio | Enfermera a Domicilio | S/ 70 | 04 eventos al año | S/ 30 |
| Asistencia en Gastos de Asistencia Médica en las siguientes especialidades bajo nuestra red de Prestadores de Salud | Consulta Médica – Cardiología | S/ 120 | 06 eventos al año | S/ 35 |
| | Consulta Médica - Gastroenterología | | | |
| | Consulta Médica - Ginecología | | | |
| | Consulta Médica - Medicina Interna | | | |
| | Consulta Médica - Pediatría | | | |
| | Exámenes de Laboratorio | S/ 45 | 06 eventos al año | - |
| | Ecografía | S/ 100 | 06 eventos al año | S/30 |
| | Radiografías | | | |
| | Rayos X | S/ 35 | 03 eventos al año | - |
| OMT | Orientación Médica Telefónica | Sin Tope | Ilimitado | - |
| Atenciones COVID | Orientación Médica Telefónica | Sin Tope | Ilimitado | - |
| | Médico General Triaje Covid 19 | S/90 | Ilimitado | S/30 |
| | Prueba rápida molecular | S/300 | 02 eventos al año | - |

• **Importante:**

- Este servicio estará a disposición del **ASEGURADO**, ilimitadamente las veces que el **ASEGURADO** lo requiera de acuerdo a las asistencias descritas en el presente documento, a través de la Central de Telefónica (01) 411-3056.
- **Medios para comunicar aspectos de la asistencia:** El **ASEGURADO** acepta expresamente que los datos de contacto que usará el **PROVEEDOR** para comunicar cualquier aspecto relacionado con la **ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL Y SALUD DÚO** serán correo electrónico, teléfono fijo, celular y dirección física indicados por **RIMAC**.
- **Vigencia de la cobertura:** La vigencia de **ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL Y SALUD DÚO** se renueva de forma mensual. Para mantenerla activa es requisito el pago de la asistencia contratada con **RIMAC** el mes anterior al mes de vigencia.
- **Medios habilitados por el PROVEEDOR para presentar reclamos:** En caso de reclamo, **ASEGURADO** cuenta con la Central de Telefónica (01) 411-3056. El **PROVEEDOR** tendrá un plazo máximo de 30 días calendario para resolver el reclamo presentado. En caso de persistencia del reclamo o queja, el **ASEGURADO** podrá ejercer los mecanismos de solución de controversias indicados en la Solicitud – Certificado del Seguro para hacer prevalecer sus derechos.

3. DETALLE DE ASISTENCIAS:

- 3.1 Atención Médica Ambulatoria:** En la red de filiales del PROVEEDOR, por Medicina General; servicio de asistencia médica ambulatoria brindará a los Asegurados consultas médicas a través de la Central de Telefónica (01) 411-3056 en coordinación con la red médica del PROVEEDOR a nivel nacional gestionando su cita según disponibilidad en los horarios de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm. El servicio del plan médico comprende los procedimientos del plan a cuadro cerrado atendidas por Medicina General.

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Médico a Domicilio: (solo Medicina General) Servicio Médico a domicilio que se dará solo en Medicina General sujeto a un copago por atención de S/ 35.00 por consulta realizada, no incluye medicamentos. Se encuentra excluido todo gasto adicional que origine la visita del médico a domicilio. Se coordinará el servicio en los horarios de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm comunicándose con la Central de Telefónica (01) 411-3056. El servicio se brindará de acuerdo con la urgencia médica determinada en el triaje telefónico y según disponibilidad del médico teniendo como horario máximo de atención el sábado hasta el mediodía.
Condiciones del Servicio: Este servicio aplica para cuatro (04) eventos al año, hasta S/ 90 por evento.

3.4 Enfermera a Domicilio: (Servicio por Procedimiento); Servicio Enfermera a domicilio quien interviene en la aplicación de tratamientos ambulatorios específicos recetados al paciente. El tiempo máximo que podrá permanecer la enfermera es de 1 hora. Está sujeto a un copago por atención de S/ 30.00 por consulta realizada. Se encuentra excluido todo gasto adicional que origine la visita de la enfermera a domicilio. Para la atención de cada servicio de acuerdo a los ítems señalados líneas abajo, el Asegurado deberá presentar a la Enfermera su receta o informe médico tratante donde se indique el diagnóstico. Se coordinará el servicio en los horarios de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm., comunicándose con la Central de Telefónica (01) 411-3056. Los servicios a brindar son los siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

exámenes de ningún tipo, ni procedimientos indicados por el especialista médico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.7 Orientación Médica Telefónica (COVID): En caso que el ASEGURADO requiera de una Orientación Médica Telefónica ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean Emergencia), EL PROVEEDOR gestionará y coordinará el enlace telefónico con un médico especialista para poder absolver la consulta requerida y recomendar una terapéutica farmacológica.

Condiciones del Servicio: El servicio se brindará las 24 horas del día los 365 días del año, de manera inmediata para el caso de Orientación Médica Telefónica,. Todas las orientaciones tienen como y/o como máximo 15 minutos de comunicación. Cabe señalar que no se emite diagnósticos ni receta de medicamentos vía telefónica.

3.8 Médico General Triaje Covid 19: En caso que el ASEGURADO, solicite una orientación medica telefónica ya que presenta signos de alarma y sospecha de haber contraído el virus COVID 19, EL PROVEEDOR procederá a coordinar en un plazo máximo de 24 horas una orientación médica a domicilio en donde un profesional de la salud realizará un triaje y podrá recomendar al ASEGURADO las acciones a tomar.

Condiciones del Servicio: El servicio se brindará las 24 horas del día los 365 días del año. Cabe señalar que no se emite diagnósticos ni receta de medicamentos. Se brindará con un tope de S/ 90.00 por evento, de manera ilimitada; sin embargo por cada servicio solicitado el ASEGURADO deberá cancelar un copago de S/30.

3.9 Prueba rápida molecular: En caso que el ASEGURADO presente signos de alarma y solicite una prueba molecular rápida para descartar el Coronavirus COVID 19, EL PROVEEDOR hará el enlace con un médico general en un plazo máximo de 24 horas para que realice el Triaje de COVID 19, si el médico lo determina, se procederá a coordinar una cita en un laboratorio certificado en donde podrá generarse el examen. Los resultados de dicha prueba se entregarán en un plazo máximo de 48 horas.

Condiciones del Servicio: Se brindará con un tope de s/300.00 por evento, dos eventos al año como máximo.

4. EXCLUSIONES GENERALES:

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

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

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

EXCLUSIONES DE ASISTENCIA MÉDICA:

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

5. TERRITORIALIDAD DE LOS SERVICIOS:

Los servicios de asistencia se prestarán a nivel nacional, Lima y provincias a excepción de:

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

Según el siguiente radio de acción:

- Lima Metropolitana: Callao y Balnearios:
 - Por el Norte: hasta Ancón, inclusive.
 - Por el Sur: hasta Cañete (KM 144), inclusive
 - Por el Este: hasta Chaclacayo, Chosica y Cieneguilla, inclusive
 - Por el Oeste: La Punta, inclusive
- Provincias: el radio de acción será de 40 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad.
 - Por el Norte: Tumbes, Piura, Sullana, Talara, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Huaraz, Huaral, Barranca.

- Por el Sur: Ica, Chincha, Pisco, Arequipa, Juliaca, Puno, Moquegua, Ilo, Tacna.
- Por el Este: Huancayo, Ayacucho, Cusco.
- Por el Oriente: Tarapoto, Iquitos.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO:

Todos los servicios enumerados en el presente documento deberán ser solicitados a través de la Central de Telefónica (01) 411-3056 o a través del siguiente correo electrónico atencion.asistencia@grupomok.com con los 365 días del año. Los referidos servicios serán atendidos por EL **PROVEEDOR** con la mayor prontitud posible.

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

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

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

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

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

7. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS:

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

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

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