

CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CAJA LOS ANDES

PÓLIZA DE SEGURO N° 4221

EMPRESA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: PROTECTA S.A. COMPañA DE SEGUROS Y REASEGUROS	RUC: 20517207331	Correo: clientes@protectasecurity.pe
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Surquillo-Lima	Teléfono: Lima (51-1) 391-3000 Provincias 0-801-1-1278	
*En adelante "Protecta Security".		

CONTRATANTE DEL SEGURO

Denominación o Razón Social: CAJA RURAL DE AHORRO Y CRÉDITO LOS ANDES S.A.	RUC: 20322445564
Domicilio: JR. JUNIN NRO. 129 CERCADO - PUNO - PUNO - PUNO	Teléfono: 051 600 240
*En adelante "CAJA LOS ANDES".	

ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos:	DNI, CE, otro:
	Fecha de Nacimiento:
	Sexo:
Domicilio:	Teléfono:
	Correo E.:

ASEGURADO CÓNYUGE

Nombres y Apellidos:	DNI, CE, otro:
	Fecha de Nacimiento:
	Sexo:
Domicilio:	Teléfono:
	Correo E.:

TASAS Y PRIMAS

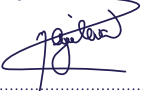
Cobertura Principal		Cobertura Principal	
Para sumas aseguradas hasta S/ 10,000		Para sumas aseguradas mayores S/ 10,000	
Titular	0.165 % por ciento	Titular	0.145 % por ciento
Titular + Cónyuge	0.205 % por ciento	Titular + Cónyuge	0.185 % por ciento
Coberturas adicionales y Asistencias			
Marca con una "x" el plan acorde a tus necesidades. En caso de no marcar coberturas adicionales sólo se dará por contratada la Cobertura Principal.			
		Prima	Sí No
Plan 1: Asistencia Educativa + Asistencia de Salud		S/ 3.00	☐ ☐
Plan 2:Asistencia Educativa + Asistencia de Salud + Seguro de incapacidad temporal por accidente o enfermedad		S/5.75	☐ ☐

BENEFICIARIO

Beneficiario Principal

Denominación o Razón Social CAJA LOS ANDES	Relación con el Asegurado: Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado.
---	--

Declaro haber recibido el Certificado de Seguro de Desgravamen con código SBS VI2097400007 , el cual contiene la siguiente información: Denominación del producto, número de póliza, Información de contacto de Protecta Security, Información relativa a beneficiarios, Vigencia del seguro, Monto de la prima comercial, Riesgos cubiertos, Exclusiones, Valores declarados y sumas aseguradas debidamente cuantificadas, Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro, Derecho a solicitar copia de la póliza de seguro de grupo, conforme a lo establecido en el artículo 22° del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros

Firma de representante de la empresa	Fecha	Firma del Asegurado Titular	Firma del Cónyuge / Conviviente
			

CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CAJA LOS ANDES

PÓLIZA DE SEGURO N° 4221

EMPRESA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: PROTECTA S.A. COMPañÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	RUC: 20517207331	Correo: clientes@protectasecurity.pe
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Surquillo-Lima	Teléfono: Lima (51-1) 391-3000 Provincias 0-801-1-1278	
*En adelante "Protecta Security".		

CONTRATANTE DEL SEGURO

Denominación o Razón Social: CAJA RURAL DE AHORRO Y CRÉDITO LOS ANDES S.A.	RUC: 20322445564
Domicilio: JR. JUNIN NRO. 129 CERCADO - PUNO - PUNO - PUNO	Teléfono: 051 600 240
*En adelante "CAJA LOS ANDES".	

ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos:	DNI, CE, otro:
	Fecha de Nacimiento:
	Sexo:
Domicilio:	Teléfono:
	Correo E.:

ASEGURADO CÓNYUGE

Nombres y Apellidos:	DNI, CE, otro:
	Fecha de Nacimiento:
	Sexo:
Domicilio:	Teléfono:
	Correo E.:

TASAS Y PRIMAS

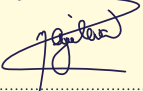
Cobertura Principal		Cobertura Principal	
Para sumas aseguradas hasta S/ 10,000		Para sumas aseguradas mayores S/ 10,000	
Titular	0.165 % por ciento	Titular	0.145 % por ciento
Titular + Cónyuge	0.205 % por ciento	Titular + Cónyuge	0.185 % por ciento
Coberturas adicionales y Asistencias			
Marca con una "x" el plan acorde a tus necesidades. En caso de no marcar coberturas adicionales sólo se dará por contratada la Cobertura Principal.			
		Prima	Sí No
Plan 1: Asistencia Educativa + Asistencia de Salud		S/ 3.00	☐ ☐
Plan 2:Asistencia Educativa + Asistencia de Salud + Seguro de incapacidad temporal por accidente o enfermedad		S/5.75	☐ ☐

BENEFICIARIO

Beneficiario Principal

Denominación o Razón Social CAJA LOS ANDES	Relación con el Asegurado: Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado.
---	--

Declaro haber recibido el Certificado de Seguro de Desgravamen con código SBS VI2097400007 , el cual contiene la siguiente información: Denominación del producto, número de póliza, Información de contacto de Protecta Security, Información relativa a beneficiarios, Vigencia del seguro, Monto de la prima comercial, Riesgos cubiertos, Exclusiones, Valores declarados y sumas aseguradas debidamente cuantificadas, Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro, Derecho a solicitar copia de la póliza de seguro de grupo, conforme a lo establecido en el artículo 22° del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros

Firma de representante de la empresa	Fecha	Firma del Asegurado Titular	Firma del Cónyuge / Conviviente
			

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CAJA LOS ANDES

PÓLIZA DE SEGURO N° 4221

EMPRESA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: PROTECTA S.A. COMPANÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	RUC: 20517207331	Correo: clientes@protectasecurity.pe
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Surquillo-Lima		Teléfono: Lima (51-1) 391-3000 Provincias 0-801-1-1278
*En adelante "Protecta Security".		

CONTRATANTE DEL SEGURO

Denominación o Razón Social: CAJA RURAL DE AHORRO Y CRÉDITO LOS ANDES S.A.	RUC: 20322445564
Domicilio: JR. JUNIN NRO. 129 CERCADO - PUNO - PUNO - PUNO	Teléfono: 051 600 240
*En adelante "CAJA LOS ANDES".	

ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos:	DNI, CE, otro:
	Fecha de Nacimiento:
	Sexo:
Domicilio:	Teléfono:
	Correo E.:

ASEGURADO CÓNYUGE

Nombres y Apellidos:	DNI, CE, otro:
	Fecha de Nacimiento:
	Sexo:
Domicilio:	Teléfono:
	Correo E.:

TASAS Y PRIMAS

Cobertura Principal		Cobertura Principal		
Para sumas aseguradas hasta S/ 10,000		Para sumas aseguradas mayores S/ 10,000		
Titular	0.165 % por ciento	Titular	0.145 % por ciento	
Titular + Cónyuge	0.205 % por ciento	Titular + Cónyuge	0.185 % por ciento	
Coberturas adicionales y Asistencias				
Marca con una "x" el plan acorde a tus necesidades. En caso de no marcar coberturas adicionales sólo se dará por contratada la Cobertura Principal.				
		Prima	Sí	No
Plan 1: Asistencia Educativa + Asistencia de Salud		S/ 3.00	☐	☐
Plan 2:Asistencia Educativa + Asistencia de Salud + Seguro de incapacidad temporal por accidente o enfermedad		S/5.75	☐	☐

BENEFICIARIO

Beneficiario Principal

Denominación o Razón Social

CAJA RURAL DE AHORRO Y CRÉDITO

LOS ANDES S.A.

Relación con el Asegurado:

Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado.

COBERTURA DEL RIESGO

Riesgos cubiertos:

Muerte Natural:

Se refiere al fallecimiento del Asegurado a causa del cese de las funciones fisiológicas que permiten el normal funcionamiento de u organismo. No se considerará Muerte Natural al fallecimiento del Asegurado producido como resultado de un Accidente.

Muerte Accidental:

Se refiere al fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.

Declaro haber recibido el Certificado de Seguro de Desgravamen con código SBS VI2097400007 , el cual contiene la siguiente información: Denominación del producto, número de póliza, Información de contacto de Protecta Security, Información relativa a beneficiarios, Vigencia del seguro, Monto de la prima comercial, Riesgos cubiertos, Exclusiones, Valores declarados y sumas aseguradas debidamente cuantificadas, Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro, Derecho a solicitar copia de la póliza de seguro de grupo, conforme a lo establecido en el artículo 22° del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros

Firma de representante de la empresa	Fecha	Firma del Asegurado Titular	Firma del Cónyuge / Conviviente

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CAJA LOS ANDES

PÓLIZA DE SEGURO N° 4221

Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

El beneficio será indemnizado siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo a los términos y condiciones pactadas en ella. En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el accidente debe haber ocurrido durante la vigencia de la Póliza y la Invalidez se manifieste en un plazo máximo de dos (02) años de ocurrido el siniestro

Se considera una Invalidez Total y Permanente, declarada por un profesional médico colegiado, a lo siguiente:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente.
- Pérdida Total de los ojos.
- Pérdida Total de los dos brazos o de ambas manos.
- Pérdida Total de las dos piernas o de ambos pies.
- Pérdida Total de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna.
- Pérdida Total de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

La Invalidez por Enfermedad es aquel estado patológico que ocasiona invalidez y que sobreviene al Asegurado como consecuencia directa de sus actividades en su vida cotidiana, la misma que puede originarse a causa de cualquiera de las situaciones descritas previamente.

La calificación de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, así como el tipo de indemnización que genera estará a cargo de la Compañía de acuerdo a las normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los afiliados al Sistema Privado de Pensiones (SPP). En caso de desacuerdo con la decisión de la Compañía, las partes nombrarán un perito especializado, quien dirimirá la discrepancia. En caso de no concordar en el nombramiento del perito las partes se someterán a los mecanismos de solución de controversias convenidos.

Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad (Cobertura Adicional, en caso se haya contratado)

Cuando a causa de un accidente o enfermedad el Asegurado sufra una Incapacidad Temporal que le impida ejercer total o parcialmente su trabajo comercio o actividad económica.

DECLARACIÓN DEL RIESGO

I. Declaración del Asegurado Titular del Crédito

¿Padece actualmente una enfermedad diagnosticada por un médico colegiado?, como por ejemplo: diabetes mellitus, cáncer, trastornos o afecciones del aparato respiratorio, del corazón, del aparato circulatorio, del sistema nervioso o psíquico, del aparato digestivo, del aparato urinario o genital, del metabolismo, de la sangre y/o del sistema inmunológico o enfermedades infecciosas.

SI

NO

El Asegurado declara que las respuestas consignadas en el presente documento son completas y verdaderas, que es de su conocimiento que cualquier declaración inexacta u ocultación hecha con dolo o culpa inexcusable generará la pérdida de todos los beneficios del seguro.

II. Declaración del Cónyuge o Asegurado Adicional del Crédito

¿Padece actualmente una enfermedad diagnosticada por un médico colegiado?, como por ejemplo: diabetes mellitus, cáncer, trastornos o afecciones del aparato respiratorio, del corazón, del aparato circulatorio, del sistema nervioso o psíquico, del aparato digestivo, del aparato urinario o genital, del metabolismo, de la sangre y/o del sistema inmunológico o enfermedades infecciosas.

SI

NO

El Asegurado declara que las respuestas consignadas en el presente documento son completas y verdaderas, que es de su conocimiento que cualquier declaración inexacta u ocultación hecha con dolo o culpa inexcusable generará la pérdida de todos los beneficios del seguro.

Si la respuesta es afirmativa (SI), deberá llenar una Declaración Personal de Salud (DPS), Protecta Security se reserva el derecho de solicitar cuestionarios y/o exámenes médicos, en caso lo estime conveniente, para la correcta estimación del riesgo.

OTRAS DECLARACIONES

- Las partes reconocen que la presente Solicitud, en caso de ser aceptada, pasará a formar parte integrante del contrato de seguro.
- El Asegurado mediante la suscripción de la Solicitud de Seguro, autoriza a las entidades médicas, así como a los médicos tratantes y laboratorios para que suministren a Protecta Security cualquier información que requiera, dispensándolos del secreto profesional.
- El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud de Seguro, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.
- El Contratante ha recibido un ejemplar de las Condiciones Generales, Particulares y Adicionales de la Póliza que solicita, tomando conocimiento de su contenido, habiendo sido informado de forma detallada y clara sobre las características de la Póliza

IMPORTANTE

PROTECTA SECURITY comunicará al Contratante dentro de los 15 días de presentada la solicitud si esta ha sido rechazada salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo. **PROTECTA SECURITY** está en la obligación de entregar la Póliza de Seguro, si no media rechazo previo de la misma. En caso la Póliza de Seguro se entregue al Contratante y el Asegurado sea persona distinta, este último podrá solicitar copia de la Póliza a **PROTECTA SECURITY**.

Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiario al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a **PROTECTA SECURITY**. En este sentido, se entienden que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por **PROTECTA SECURITY**.

Los pagos efectuados a los comercializadores por los contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, se consideran abonados a la empresa en la fecha de realización del pago. Asimismo, la empresa debe prever que el comercializador lleve el control de dichos pagos

Toda declaración inexacta u ocultación de información efectuada con dolo o culpa inexcusable generará la pérdida de todos los beneficios de este seguro, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 8 de la Ley N° 29946.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Le informamos que los datos personales que ha otorgado u otorgue en el futuro, serán incorporados en el banco de datos personales de **PROTECTA SECURITY** denominado "Banco de Datos de Clientes" con Código RNPDP N° 01567. Los datos personales serán empleados para brindarle adecuada y oportunamente atención respecto al seguro contratado; por lo tanto, queda informado del tratamiento automatizado de sus Datos Personales por parte de **PROTECTA SECURITY** para las finalidades mencionadas y reconoces y aceptas que dicho tratamiento es necesario para la gestión de la relación comercial y las demás finalidades legítimas que se indican. Puede consultar la información adicional y detallada sobre cómo tratamos sus datos en la Política de Privacidad en nuestro sitio web : <https://www.protectasecurity.pe/politica-de-privacidad/>

De igual manera, otorgo mi consentimiento para: 1) Que mis datos personales integren la base de datos de **PROTECTA SECURITY** y puedan realizar tratamientos relacionados con el intercambio de información con otras empresas de seguros y con APESEG, con la finalidad de efectuar una evaluación de identidad y prevención de fraude de las coberturas de seguros al interior del mercado asegurador; y, 2) Que mis datos personales sean utilizados para fines publicitarios; esto es, el envío de información sobre productos y servicios que brinda **PROTECTA SECURITY** y su grupo económico, envío de promociones, boletines, información de descuentos, invitaciones a eventos, charlas, talleres, cursos.

SI acepto () NO acepto ()

El presente consentimiento se otorga de manera libre, previa, expresa, inequívoca e informada.

Asimismo, le informamos que sus datos no se transferirán a terceros salvo obligación legal. Sin perjuicio de lo anterior, podrás revocar tu consentimiento en cualquier momento, así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición; para ello, deberás remitir una comunicación a **PROTECTA SECURITY** a la siguiente dirección: Avenida Domingo Orué 165, Piso 8, Surquillo, Lima.

INFORMACIÓN ADICIONAL

La Póliza, el Certificado de Seguro y demás documentación que componen el contrato de seguro será entregada por medios electrónicos, siendo enviada al correo electrónico consignado en la presente solicitud de seguro.

La Prima Comercial de la cobertura principal se obtiene al multiplicar la Tasa Comercial por la Suma Asegurada (monto del préstamo) y luego se le suma las primas de la cobertura adicional y/o asistencias (según corresponda).

La cobertura adicional y/o asistencias solo aplica para el asegurado titular. (En caso se haya contratado):

Para la Incapacidad temporal por accidente o enfermedad se brinda hasta un máximo de 4 cuotas mensuales por un monto máximo de S/ 600 por cuota. Por cada 15 días calendarios incapacitados de forma continua e ininterrumpida se activa una cuota. Máximo un (01) evento por año. (En caso se haya contratado).

El detalle de los procedimientos, exclusiones, alcance, etc. de las asistencias se encontrarán en sus respectivos anexos. (En caso se haya contratado)

CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CAJA LOS ANDES

PÓLIZA DE SEGURO N° 4221

COBERTURA DEL SEGURO

Vigencia de la cobertura del seguro:

Inicio:
Desde la fecha de desembolso del crédito por parte de la Financiera a favor del Asegurado.

Término:
Hasta la fecha pactada como fin del contrato de crédito o hasta el fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente del Asegurado o hasta la cancelación o término del plazo del crédito o cancelación de la línea o tarjeta de crédito o hasta que el Asegurado cumpla la edad límite establecida o hasta el vencimiento del Contrato de Seguro, lo que ocurra primero.

Descripción del interés asegurado:
El pago de la indemnización a los Beneficiarios hasta el límite de la Suma Asegurada indicada y en función de las coberturas y exclusiones señaladas en la Póliza y el presente certificado.

Beneficios: Anexo 1

Forma de pago de la prima:
Dentro de la cuota del crédito desembolsado, en la oportunidad establecida en el respectivo Cronograma de Pagos que será entregado por CAJA LOS ANDES.

Lugar y forma de pago de la prima, en caso sea de cargo del Asegurado, y responsable del pago, cuando se trate de un tercero:
Oficinas de Protecta Security.

La Prima Comercial incluye (en caso de corresponder):	Monto / Porcentaje			
Cargos por la Intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor	Incluye IGV y se calcula de la prima comercial cliente:			
	Para sumas aseguradas hasta S/ 10,000 (inclusive)		Para sumas aseguradas mayores S/ 10,000	
	Titular	2.64%	Titular	3.00%
	Titular + Cónyuge	3.79%	Titular + Cónyuge	4.20%
	Asistencia 1 y Asistencia 2 (Educación y Salud)			3.46%
	Cobertura Adicional :Incapacidad temporal por accidente o enfermedad			4.17%
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	No Aplica			
Cargos por la comercialización de seguros a través la Bancaseguros u otro comercializador	Incluye IGV y se calcula de la prima comercial cliente:			
	Para sumas aseguradas hasta S/ 10,000 (inclusive)		Para sumas aseguradas mayores S/ 10,000	
	Titular	75.15%	Titular	71.72%
	Titular + Cónyuge	64.29%	Titular + Cónyuge	60.43%
	Asistencia 1 y Asistencia 2 (Educación y Salud)			61.54%
	Cobertura Adicional: Incapacidad temporal por accidente o enfermedad			60.73%

En caso corresponda, las bonificaciones, premios, utilidades u otros beneficios se otorgarán siempre que se logre alcanzar los parámetros fijados por Protecta Security, los cuales estarán referidos a metas de producción y resultados, entre otros aspectos a definir por Protecta Security cada año.

RIESGOS CUBIERTOS

Muerte Natural: La Suma Asegurada será otorgada a los Beneficiarios después de acreditarse la Muerte Natural del Asegurado.

Muerte Accidental: La Suma Asegurada será otorgada a los Beneficiarios después de acreditarse el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.

Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:

La Suma Asegurada será otorgada a los Beneficiarios si a causa de un accidente o Enfermedad el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente declarada por un profesional médico colegiado.

Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad:

(Cobertura Adicional en caso se haya contratado) La Compañía indemnizará la Suma Asegurada por esta cobertura si a causa de un accidente o enfermedad el Asegurado sufre una Incapacidad Temporal, que le impida ejercer total o parcialmente su trabajo, comercio o actividad económica.

EXCLUSIONES

De 18 a 74 años (inclusive) Titular y Cónyuge/Conviviente:

- Enfermedades preexistentes, entendidas como aquellas enfermedades o alteraciones del estado de salud que se le haya diagnosticado por un profesional médico colegiado al Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro, conocida por este y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración de salud contenida en la solicitud de seguro. (*)
-
- Guerra o guerra civil, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, declarada o no, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, motín, terrorismo, conmoción civil.
- Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho de recibir la suma asegurada de los restantes Beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.
- Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Viajes o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeta a itinerario.
- Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.
- Realización de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos, tales como escalamiento, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, buceo profesional o de recreo, inmersión o caza submarina, canotaje y práctica de surf.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
-

(*) aplica solo para cónyuge a partir de los 65 años.

De 75 a 79 años (inclusive) Titular y Cónyuge/Conviviente:

- Enfermedades preexistentes, entendidas como aquellas enfermedades o alteraciones del estado de salud que se le haya diagnosticado por un profesional médico colegiado al Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro, conocida por este y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración de salud contenida en la solicitud de seguro.
- Suicidio consciente y voluntario, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro.
- Guerra o guerra civil, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, declarada o no, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, motín, terrorismo, conmoción civil.
- Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho de recibir la suma asegurada de los restantes Beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho actividad económica. (En caso se haya contratado)
- Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Viajes o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeta a itinerario.
- Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.
- Realización de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos, tales como escalamiento, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, buceo profesional o de recreo, inmersión o caza submarina, canotaje y práctica de surf.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), epidemias o infecciones masivas de cualquier tipo.
- Cualquier accidente que se produzca bajo la influencia de alcohol (en grado igual o superior k. a 0.5gr/lt. de alcohol en la sangre), salvo que el Asegurado haya sido sujeto pasivo al momento del Sinistro; y/o bajo la influencia de drogas, estupefacientes o en estado de sonambulismo k. a 0.5gr/lt. de alcohol en la sangre), salvo que el Asegurado haya sido sujeto pasivo al momento del Sinistro; y/o bajo la influencia de drogas, estupefacientes o en estado de sonambulismo.

Para el caso de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad se considerará adicionalmente como exclusiones las siguientes:

- Fallecimiento del Asegurado.
- Enfermedades o condiciones médicas preexistentes a la contratación del seguro.
- Accidentes anteriores al inicio del seguro.
- Tratamientos médicos electivos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas como consecuencia de un accidente.
- Lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del uso de estimulantes, excepto si fueron prescritos por un médico.
- Enfermedades o dolencias a consecuencia de problemas de la columna vertebral.
- Enfermedades psíquicas o mentales.
- Incapacidad temporal por embarazo, sus consecuencias y causas relacionadas.
- La incapacidad temporal debida a la misma enfermedad o accidente por el cual el Asegurado ha recibido una indemnización por esta misma Póliza.
- Hernias y sus consecuencias, sea cual fuera la causa de que provengan.

- k. Consecuencias de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia del seguro.
- l. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- m. Tratamiento médico realizado por personas no autorizadas para ejercer la medicina o por médicos que no se encuentren habilitados en el Colegio Médico del Perú, así como en Instituciones Médicas o Clínicas que no cuenten con la licencia de funcionamiento y la autorización de las entidades competentes. También están excluidos los tratamientos de medicina no convencional o no aprobados por la OMS.

Valores declarados y sumas aseguradas debidamente cuantificada:

La suma asegurada será equivalente al saldo insoluto del crédito.

- En caso de créditos otorgados por Caja Los Andes al Asegurado, la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad sólo se brinda hasta un máximo de 4 cuotas mensuales por un monto máximo de S/ 600 por cuota. Por cada 15 días calendarios incapacitados de forma continua e ininterrumpida se activa una cuota. Máximo un (01) evento por año
- El cúmulo máximo de suma asegurada por persona será de S/ 200,000 Soles o su equivalente en Dólares Americanos., se incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security.

Para personas entre 18 y 73 años y 364 días (inclusive) el cúmulo máximo de suma asegurada por persona será de S/ 200,000 o su equivalente en dólares americanos. Para personas entre 74 y 79 años y 364 días (inclusive) el cúmulo máximo de suma asegurada por persona será de S/ 3,000 o su equivalente en dólares americanos.

Deducibles, franquicias o similares:

No se consideran.

CONSIDERACIONES ADICIONALES

Resolución unilateral:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 de las Condiciones Generales, el Contrato de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante de forma automática, así como el Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Asegurado automáticamente, la cual debe ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato, a la fecha en que surtirá efecto la resolución del Contrato y/o Certificado de Seguro. Al tratarse de un seguro no masivo, le corresponde a la Compañía realizar la devolución de la prima no devengada a prorrata, la cual se computa a partir de la fecha de la solicitud de resolución del contrato.

La Compañía de oficio procederá a la devolución de la prima no devengada al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario, contados desde la fecha de la solicitud de la Resolución de la Póliza. El Contratante será el obligado a devolver la prima al Asegurado, en el caso que corresponda.

Modificación de las Condiciones Contractuales:

De conformidad con el artículo 18 de las Condiciones Generales, durante la vigencia del contrato, Protecta Security no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fuera comunicada. La falta de aceptación de la modificación planteada no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro:

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 de las Condiciones Generales, el procedimiento para el aviso de Siniestro y la Solicitud de Cobertura es el que se indica a continuación:

El **Asegurado** o el **Beneficiario** deben dar aviso del siniestro a Protecta Security, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Posteriormente al aviso del siniestro el **Asegurado** o el **Beneficiario** presentará la solicitud de cobertura a la Compañía o Comercializador, según corresponda, adjuntando a la misma la documentación e información señalada a continuación, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

1. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de Muerte Natural, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación:

- a. Copia simple del Acta y/o Certificado de defunción del Asegurado.
- b. En caso de contar con Beneficiarios Adicionales (modalidad de Suma Asegurada Fija): Copia simple del Documento de Identidad o Partida de Nacimiento de los Beneficiarios Adicionales.

Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito por parte de la entidad financiera, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro, mediante la presentación de la Copia simple del Estado de Cuenta emitido por la entidad que otorgó el crédito.

2. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de Muerte Accidental, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación adicional a la documentación solicitada por Muerte Natural:

- a. Copia simple del Atestado Policial, si lo hubiere.
- b. Copia simple del Protocolo de Necropsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- c. Copia simple del Resultado de Dosaje Etílico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- d. Copia simple del Resultado del examen toxicológico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal si lo hubiere.

3. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación:

- a. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Copia simple del Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico que determinen la causa y las circunstancias del siniestro.
- c. Copia simple del Atestado Policial, si lo hubiere.
- d. Copia simple del Resultado de dosaje etílico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- e. Copia simple del Resultado de dosaje toxicológico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- f. Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro, mediante la presentación de la Copia Simple del Estado de Cuenta emitido por la entidad que otorgó el crédito.
- g. Información sobre la fecha y lugar de la ocurrencia, mediante carta simple.

4. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación:

- a. Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Certificado Médico emitido por Essalud, Ministerio de Salud, Hospital o Clínica debidamente autorizada por el Ministerio de Salud, en el que se detalle el número de días requeridos de reposo por Incapacidad Temporal y que determine la causa y las circunstancias del siniestro, indicando lo siguiente:
 - Causas de la Incapacidad
 - Diagnóstico Definitivo
 - Tratamiento Realizado
 - Pronóstico
 - Días de Descanso
 - Número de Historia Clínica
 - Médico Tratante
 - Fecha de Atención por emergencia o consulta médica.
- c. Información formal de las cuotas mensuales del crédito vigente a la fecha de inicio de la Incapacidad Temporal, según cronograma de pago del crédito.
- d. Atestado o Parte Policial completo, si lo hubiere.
- e. Resultado de dosaje etílico y toxicológico, si los hubiere.

En cualquier caso, Protecta Security podrá solicitar la Historia Clínica del **Asegurado** si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

El **Asegurado** mediante la suscripción de la Solicitud de Seguro, autoriza expresamente a Protecta Security, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro:

Conforme al artículo 3 del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros, los siniestros serán comunicados a Protecta Security dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia o del beneficio.

En caso Protecta Security requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Contratante o Beneficiario(s), deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del siniestro; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro: La documentación deberá presentarse en la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía o en el comercializador (dirección del Contratante).

Canales de orientación sobre el Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

El contratante, Asegurado o Beneficiario podrá contactarse a los siguientes canales para recibir orientación sobre el Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

- Atención al Cliente: Lima 391-3000 | Provincias 0-801-1-1278
- Email: clientes@protectasecurity.pe

• Página Web: www.protectasecurity.pe

• Atención Presencial: Av. Domingo Orué 165, 8vo. Piso, Surquillo, Lima – Perú

Horario de Atención: De Lunes a Viernes, de 9 am a 6 pm.

Responsabilidades de la Compañía

Tener en cuenta que:

- a) La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada.
- b) La Compañía es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- c) Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiario al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a Protecta Security. En este sentido, se entienden que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por Protecta Security.
- d) Los pagos de prima efectuados al comercializador por el Contratante del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a Protecta Security en la fecha de realización del pago.

Comunicación de la agravación del riesgo asegurado:

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a Protecta Security de los hechos o circunstancias que agraven el riesgo Asegurado.

El **Asegurado** tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario, desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

El contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley N° 29355.

CONDICIONADO GENERAL

“SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y SALUD CAJA LOS ANDES”

1. OBJETO:

El presente documento forma parte del Contrato de Prestación de Servicios que celebran, por una parte MOK PERÚ S.A.C en adelante **MOK** y de otra, **CAJA LOS ANDES**, en adelante **CAJA LOS ANDES**.

MOK brindará a los Afiliados, los servicios 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 **CAJA LOS ANDES**.

2. SERVICIOS:

Servicios de Asistencia	Tope Eventos anual	Tope S/ anual
Servicios de Asistencia de Tutor Virtual o telefónico en materias: - Lengua y literatura. - Inglés. - Matemática. - Razonamiento matemático. - Química. - Física.	8 eventos, media hora por evento	Sin limite
Servicio de ayuda y/o soporte virtual y/o telefónico (según se solicite) a titulares y/o sus dependientes en materia: - Tutoría en manejo de Excel - Tutoría en manejo de power point. - Tutoría en manejo de Word. - Tutoría en manejo de navegación por internet	20 eventos, media hora por evento	Sin limite
Asesoría virtual y/o telefónica en: Materia legal y tributaria para la pequeña empresa (PYME)	10 eventos, media hora por evento	Sin limite
Asesoría virtual y/o telefónica en: - Preparación de proyectos escolares. - Resolución de prácticas calificadas.	10 eventos, media hora por evento	Sin limite
Asesoría virtual y/o telefónica en: Preparación de proyectos escolares.	10 eventos, media hora por evento	Sin limite
Asesoría Médica en: Teleconsultas (Medicina General / Pediatría)	01 evento al mes por grupo familiar	100% (sin copago)

Importante:

- Este servicio estará a disposición del **AFILIADO / TITULAR**, ilimitadamente las veces que el **AFILIADO / TITULAR** lo requiera de acuerdo a los servicios descritos en el presente documento, a través de la Central de Asistencias +51(1) 709-5630 para Lima y para provincia 0-800-780-44.
- **MOK** es el único y exclusivo responsable de los servicios contratados por **CAJA LOS ANDES**.
- Las comunicaciones cursadas por el **AFILIADO / TITULAR** a **CAJA LOS ANDES**, por aspectos relacionados con EL SERVICIO tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a **MOK**.
- Medios para comunicar aspectos de la asistencia: El **AFILIADO / TITULAR** acepta expresamente que los datos de contacto que usará **MOK** para comunicar cualquier aspecto relacionado con EL SERVICIO serán correo electrónico, teléfono fijo, celular y dirección física indicados por **CAJA LOS ANDES**.
- Vigencia del servicio: La vigencia de EL SERVICIO se renueva de forma mensual. Para mantenerla activa es requisito el pago de la asistencia contratada con **CAJA LOS ANDES** al mes vencido al mes de vigencia.
- Medios habilitados por **MOK** para presentar reclamos: En caso de reclamo, **AFILIADO / TITULAR** cuenta con la Central de Asistencias +51(1) 709-5630 para Lima y para provincia 0-800-780-44. **MOK** tendrá un plazo máximo de quince (15) días calendario para resolver el reclamo presentado. En caso de persistencia del reclamo o queja, el **AFILIADO / TITULAR** podrá ejercer los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.

3.DETALLE DE LOS SERVICIOS:

3.1 Servicio de Asistencia de Tutor virtual o telefónico: En caso el **AFILIADO** solicite el servicio de asistencia de un tutor virtual o telefónico, **MOK** procederá a coordinar la prestación del servicio a través de un profesional en educación para que brinde el servicio en línea con el propósito de enseñar las materias solicitadas, ayudar con el repaso y/o preparación de los estudiantes.

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

Duración por sesión de 30 min (hora pedagógica) vía software Zoom o llamada telefónica.

Materias básicas consideradas en los niveles de:

- Lengua y literatura.
- Inglés.
- Matemática.
- Razonamiento matemático.
- Química.
- Física.

3.2 Servicio de soporte y/o ayuda virtual y/o telefónica: En caso el **AFILIADO TITULAR** o sus dependientes soliciten el servicio de asistencia de un tutor virtual o telefónico, **MOK** procederá a coordinar la prestación del servicio a través de un profesional para que brinde el servicio en línea con el propósito de enseñar las materias solicitadas.

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

Duración por sesión de 30 min (hora pedagógica) vía software Zoom o llamada telefónica.

Materias básicas consideradas:

- Tutoría en manejo de Excel
- Tutoría en manejo de power point.
- Tutoría en manejo de Word.
- Tutoría en manejo de navegación por internet.

3.3 Asesoría Virtual o telefónica en:

- Preparación de proyectos escolares.
- Materia legal y tributaria para la pequeña empresa (PYME)
- Resolución de prácticas calificadas.

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

Duración por sesión de 30 min (hora pedagógica) vía software Zoom o llamada telefónica.

3.4 Asesoría Médica (Medicina General / Pediatría): En caso de que el AFILIADO requiera la evaluación de un médico por alguna enfermedad o molestia (situaciones que no sean emergencias), podrá comunicarse con nuestra plataforma de atención y solicitar el servicio de telemedicina general o pediatría que se brindarán a través de Video llamada mediante WhatsApp o de una plataforma con line de Web conference tales como; Zoom, Google, Meets, entre otros.

Condiciones del servicio: El servicio se deberá programar con 4 hasta 24 horas de anticipación de lunes a sábados en el horario de atención 8:00 am a 08:00 pm. (Sin Copago).

4. 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 mediere mala fe.
- Eventos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, ciclones.
- Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpo de seguridad.
- Energía nuclear radiactiva.
- La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- Enfermedades mentales
- Cualquier servicio de asistencia solicitado con más de 48 horas posteriores al momento de la emergencia o situación de asistencia.
- Cuando el **AFILIADO / TITULAR** no se identifique como **AFILIADO / TITULAR** de los SERVICIOS.
- Deportes de aventura como parapente, ala delta, puenting, etc.

La empresa queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor le sea imposible prestar las acciones de asistencia prescritas en esta póliza, sin perjuicio de las indemnizaciones a que hubiere lugar, las que pagarán contra prestación de los comprobantes de gastos respectivos que presente el **AFILIADO / TITULAR** y hasta concurrencia de los límites que se señalan anteriormente.

5. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO:

Todos los servicios enumerados en el presente documento deberán ser solicitados a través de la Central de Asistencias +51(1) 709-5630 para Lima y para provincia 0-800-780-44 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 llamar el **AFILIADO / TITULAR** deberá indicar los siguientes datos:

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

(*) Datos del **AFILIADO / TITULAR** obligatorios para todo tipo de información o solicitud de asistencia.

Para todos los casos, **MOK** tendrá siempre derecho de solicitar cualquier otro antecedente, información o documento que se estime pertinente que sean necesarios para la evaluación del siniestro correspondiente.

Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, **MOK** le prestará al **AFILIADO / TITULAR** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento. En caso de que el **AFILIADO / TITULAR** no cumpla con los requisitos indicados, **MOK** no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con los servicios relacionados con el presente contrato ni frente a **CAJA LOS ANDES** ni frente al **AFILIADO / TITULAR**.

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

6. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS:

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

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

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

7. TERRITORIALIDAD DE LOS SERVICIOS:

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

1.Lima Metropolitana y Callao

2.Provincias: el radio de acción será de 60 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad

- **Por el Norte:** Tumbes, Piura, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Huaraz, Barranca.
- **Por el Sur:** Ica, Chincha, Pisco, Arequipa, Juliaca, Puno, Moquegua, Tacna.
- **Por el Este:** Huancayo, Ayacucho, Cusco, Abancay.

8. CONDICIONES DE COMERCIALIZACIÓN

a)Producto: De acuerdo a las negociaciones pactadas, **MOK** ha diseñado para **CAJA LOS ANDES** el plan de asistencias, detallado en el presente documento, que será incluido como beneficio para todo cliente contratado con **CAJA LOS ANDES**.

b)Afiliación: **CAJA LOS ANDES** informará a **MOK** los clientes que estén vigentes en el mes durante la primera semana de cada mes. **MOK** mantendrá como vigentes sólo a aquellos clientes que sean informados por **CAJA LOS ANDES** durante el mes anterior.

c)Costo de la Prestación: El plan de servicios tiene un costo mensual de S/ 0.90 (incluye IGV) por cada cliente que tenga vigente el seguro contratado con **CAJA LOS ANDES**.

d)Cobro del Servicio de Asistencia: **CAJA LOS ANDES** se compromete a enviar a **MOK** una liquidación de la cobranza cada cierre de mes durante los primeros días de cada mes, la cual deberá ser revisada y aprobada por **MOK** para los posteriores procesos de facturación.