

CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CAJA LOS ANDES

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 CREDITO 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:
Domicilio:	Sexo:
	Teléfono:
	Correo E.:

ASEGURADO CÓNYUGE

Nombres y Apellidos:	DNI, CE, otro:
	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:	Sexo:
	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%	Titular	0.145%
Titular + Cónyuge	0.205%	Titular + Cónyuge	0.185%

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	S/ 2.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan 2: Asistencia Educativa + Asistencia de Salud	S/ 5.75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan 3: Asistencia Educativa + Asistencia de Salud + Seguro de incapacidad temporal por accidente o enfermedad	S/ 8.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENEFICIARIO

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

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 22º 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

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 CREDITO 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: Teléfono: Correo E.:
Domicilio:	

ASEGURADO CÓNYUGE

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

TASAS Y PRIMAS

Cobertura Principal		Cobertura Principal	
Para sumas aseguradas hasta S/ 10,000		Para sumas aseguradas mayores S/ 10,000	
Titular	0.165%	Titular	0.145%
Titular + Cónyuge	0.205%	Titular + Cónyuge	0.185%

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	S/ 2.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan 2: Asistencia Educativa + Asistencia de Salud	S/ 5.75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan 3: Asistencia Educativa + Asistencia de Salud + Seguro de incapacidad temporal por accidente o enfermedad	S/ 8.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENEFICIARIO

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

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 22º 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

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 4 de la Ley N° 29946, el contrato de seguro queda celebrado por el consentimiento de las partes aunque no se haya emitido la póliza ni efectuado el pago de la prima. En consecuencia, la aceptación de la presente solicitud de seguro por parte de la Compañía determinará el perfeccionamiento del contrato de seguro. La entrada en vigor del presente contrato de seguro no determina el inicio de la vigencia de la cobertura, la cual se regirá por el acuerdo de las partes expresado en las condiciones particulares de la Póliza de Seguros, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 4 de la Ley N° 29946.

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 CREDITO 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:
Domicilio:	Sexo:
	Teléfono:
	Correo E.:

ASEGURADO CÓNYUGE

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

TASAS Y PRIMAS

Cobertura Principal

Para sumas aseguradas hasta S/ 10,000

Titular	0.165%
Titular + Cónyuge	0.205%

Cobertura Principal

Para sumas aseguradas mayores S/ 10,000

Titular	0.145%
Titular + Cónyuge	0.185%

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	Si	No
Plan 1: Asistencia Educativa	S/ 2.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan 2: Asistencia Educativa + Asistencia de Salud	S/ 5.75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan 3: Asistencia Educativa + Asistencia de Salud + Seguro de incapacidad temporal por accidente o enfermedad	S/ 8.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENEFICIARIOS

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

Muerte Natural

Se refiere al fallecimiento del Asegurado a causa del cese de las funciones fisiológicas que permiten el normal funcionamiento de su 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.

COBERTURA DEL RIESGO

Riesgos cubiertos:

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 22º 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

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.

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 ininterrumpido 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).

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

EL ASEGURADO expresa su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que, en el marco de la relación contractual por seguros que tiene con **PROTECTA COMPAÑÍA DE SEGUROS (LA ASEGURADORA)**, sus datos personales puedan ser tratados; esto es, puedan ser recopilados, registrados, almacenados, conservados, utilizados, transferidos nacional e internacionalmente o reciban cualquier otra forma de procesamiento por parte de **LA ASEGURADORA**, a fines de poder brindarle adecuada y oportunamente el servicio de seguro que ha sido contratado. Con el propósito de cumplir la finalidad mencionada precedentemente, **LA ASEGURADORA** podrá autorizar a empresas asociadas o miembros del grupo económico al que pertenece la misma y/o terceros con los cuales **LA ASEGURADORA** tenga una relación contractual derivada del contrato de seguro, realizar el tratamiento de los datos personales de titularidad de **EL ASEGURADO**.

Asimismo, **EL ASEGURADO** manifiesta su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado para que **LA ASEGURADORA** utilice sus datos personales con fines comerciales y publicitarios; esto es, que la misma le pueda remitir información sobre los productos y servicios que brinda y que considere de interés de **EL ASEGURADO**. Para ello, **LA ASEGURADORA** manifiesta que la base de datos donde se almacenan los datos personales de **EL ASEGURADO** cuenta con estrictas medidas de seguridad.

Asimismo, las partes acuerdan que **EL ASEGURADO** podrá dirigirse a las oficinas de **LA ASEGURADORA** ubicadas en la Av. Domingo Orué 165, Piso 8, en el caso que quisiera revocar el consentimiento brindado a través de la presente Cláusula, así como para ejercer los derechos de información, acceso, actualización, inclusión, rectificación, supresión y oposición previstos en la Ley N° 29733 y su Reglamento.

EL ASEGURADO otorga su consentimiento para que Protecta Security actúe de acuerdo a lo señalado en esta Cláusula:

SI () NO ()

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 ininterrumpido 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)

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.

CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CAJA LOS ANDES

La Prima Comercial incluye (en caso de corresponder):	Monto / Porcentaje																
Cargos por la Intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor	<p>Incluye IGV y se calcula de la prima comercial cliente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="719 511 1129 595">Para sumas aseguradas hasta S/ 10,000 (inclusive)</th><th data-bbox="1129 511 1553 595">Para sumas aseguradas mayores S/ 10,000</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="719 595 1129 655">Titular</td><td data-bbox="1129 595 1553 655">2.64%</td></tr> <tr> <td data-bbox="719 655 1129 715">Titular + Cónyuge</td><td data-bbox="1129 655 1553 715">3.79%</td></tr> <tr> <td data-bbox="719 715 1129 775"></td><td data-bbox="1129 715 1553 775">3.00%</td></tr> <tr> <td data-bbox="719 775 1129 835"></td><td data-bbox="1129 775 1553 835">4.20%</td></tr> <tr> <td data-bbox="719 835 1129 871">Asistencia 1 (Educación)</td><td data-bbox="1129 835 1553 871">4.15%</td></tr> <tr> <td data-bbox="719 871 1129 931">Asistencia 1 y Asistencia 2 (Educación y Salud)</td><td data-bbox="1129 871 1553 931">3.75%</td></tr> <tr> <td data-bbox="719 931 1129 967">Asistencia 1, Asistencia 2 y Cobertura Adicional (Incapacidad temporal por accidente o enfermedad)</td><td data-bbox="1129 931 1553 967">4.17%</td></tr> </tbody> </table>	Para sumas aseguradas hasta S/ 10,000 (inclusive)	Para sumas aseguradas mayores S/ 10,000	Titular	2.64%	Titular + Cónyuge	3.79%		3.00%		4.20%	Asistencia 1 (Educación)	4.15%	Asistencia 1 y Asistencia 2 (Educación y Salud)	3.75%	Asistencia 1, Asistencia 2 y Cobertura Adicional (Incapacidad temporal por accidente o enfermedad)	4.17%
Para sumas aseguradas hasta S/ 10,000 (inclusive)	Para sumas aseguradas mayores S/ 10,000																
Titular	2.64%																
Titular + Cónyuge	3.79%																
	3.00%																
	4.20%																
Asistencia 1 (Educación)	4.15%																
Asistencia 1 y Asistencia 2 (Educación y Salud)	3.75%																
Asistencia 1, Asistencia 2 y 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	<p>Incluye IGV y se calcula de la prima comercial cliente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="719 1135 1129 1219">Para sumas aseguradas hasta S/ 10,000 (inclusive)</th><th data-bbox="1129 1135 1553 1219">Para sumas aseguradas mayores S/ 10,000</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="719 1219 1129 1279">Titular</td><td data-bbox="1129 1219 1553 1279">75.15%</td></tr> <tr> <td data-bbox="719 1279 1129 1339">Titular + Cónyuge</td><td data-bbox="1129 1279 1553 1339">64.29%</td></tr> <tr> <td data-bbox="719 1339 1129 1399"></td><td data-bbox="1129 1339 1553 1399">71.72%</td></tr> <tr> <td data-bbox="719 1399 1129 1459"></td><td data-bbox="1129 1399 1553 1459">60.43%</td></tr> <tr> <td data-bbox="719 1459 1129 1495">Asistencia 1 (Educación)</td><td data-bbox="1129 1459 1553 1495">53.85%</td></tr> <tr> <td data-bbox="719 1495 1129 1555">Asistencia 1 y Asistencia 2 (Educación y Salud)</td><td data-bbox="1129 1495 1553 1555">24.95%</td></tr> <tr> <td data-bbox="719 1555 1129 1591">Asistencia 1, Asistencia 2 y Cobertura Adicional (Incapacidad temporal por accidente o enfermedad)</td><td data-bbox="1129 1555 1553 1591">60.73%</td></tr> </tbody> </table>	Para sumas aseguradas hasta S/ 10,000 (inclusive)	Para sumas aseguradas mayores S/ 10,000	Titular	75.15%	Titular + Cónyuge	64.29%		71.72%		60.43%	Asistencia 1 (Educación)	53.85%	Asistencia 1 y Asistencia 2 (Educación y Salud)	24.95%	Asistencia 1, Asistencia 2 y Cobertura Adicional (Incapacidad temporal por accidente o enfermedad)	60.73%
Para sumas aseguradas hasta S/ 10,000 (inclusive)	Para sumas aseguradas mayores S/ 10,000																
Titular	75.15%																
Titular + Cónyuge	64.29%																
	71.72%																
	60.43%																
Asistencia 1 (Educación)	53.85%																
Asistencia 1 y Asistencia 2 (Educación y Salud)	24.95%																
Asistencia 1, Asistencia 2 y Cobertura Adicional (Incapacidad temporal por accidente o enfermedad)	60.73%																

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 acreditar el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.

Invalididad 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 Invalididad 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:
a. 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. (*)

b. -
c. Guerra o guerra civil, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, declarada o no, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, motín, terrorismo, commoción civil.

d. 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.

e. Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o

contaminación radiactiva.

f. 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.

g. Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.

h. 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.

i. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

j. -

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

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

a. 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.

b. Suicidio consciente y voluntario, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro.

c. 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.

d. 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)

e. Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.

f. 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.

g. Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.

h. 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.

i. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), epidemias o infecciones masivas de cualquier tipo.

j. Cualquier accidente que se produzca bajo la influencia de alcohol (en grado igual o superior k. a 0.5gr/lit. de alcohol en la sangre), salvo que el Asegurado haya sido sujeto pasivo al momento del Siniestro; y/o bajo la influencia de drogas, estupefacientes o en estado de sonambulismo

k. a 0.5gr/lit. de alcohol en la sangre), salvo que el Asegurado haya sido sujeto pasivo al momento del Siniestro; 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:

a. Fallecimiento del Asegurado.

b. Enfermedades o condiciones médicas preexistentes a la contratación del seguro.

c. Accidentes anteriores al inicio del seguro.

d. Tratamientos médicos electivos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas como consecuencia de un accidente.

e. Lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del uso de estimulantes, excepto si fueron prescritos por un médico.

f. Enfermedades o dolencias a consecuencia de problemas de la columna vertebral.

g. Enfermedades psíquicas o mentales.

h. Incapacidad temporal por embarazo, sus consecuencias y causas relacionadas.

i. La incapacidad temporal debida a la misma enfermedad o accidente por el cual el Asegurado ha recibido una indemnización por esta misma Póliza.

j. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuera la causa de que provengran.

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 ininterrumpido 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.
- c. 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 I 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 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
<p>Servicios de Asistencia de Tutor Virtual o telefónico en materias:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lengua y literatura.• Ingles.• Matemática.• Razonamiento matemático.• Química.• Física.	8 eventos, media hora por evento	Sin límite
<p>Servicio de ayuda y/o soporte virtual y/o telefónico (según se solicite) a titulares y/o sus dependientes en materia:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 límite
<p>Asesoría virtual y/o telefónica en:</p> <ul style="list-style-type: none">• Preparación de proyectos escolares.• Materia legal y tributaria para la pequeña empresa (PYME)• Resolución de prácticas calificadas.	10 eventos, media hora por evento	Sin límite

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) 7095630 para Lima y para provincia 080078044.
- 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) 7095630 para Lima y para provincia 080078044. **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.
- Ingles.
- 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.

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

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

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) 7095630 para Lima y para provincia 080078044 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) Comisión para el Canal: Queda convenido que este producto no considera comisión para **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.

ANEXO 1: CONDICIONES GENERALES

Titular: Se denomina Titular al primer afiliado señalado en el listado de "Asistencia de Salud". Teniendo como contrato de venta, LA SOLICITUD-CERTIFICADO firmada en caso de venta presencial o la aceptación verbal en la grabación de venta en caso de venta telefónica.

- b) Dependiente(s): Son las personas inscritas por el Titular en la Asistencia de Salud y que tienen derecho a todas las prestaciones de la Asistencia de Salud detallados en el presente Manual de uso del beneficio de Asistencia de salud.
- c) Los beneficios otorgados por la presente Asistencia de Salud se otorgan en la República del Perú, por lo que el Titular y/o sus Dependiente(s), para gozar de los beneficios de esta asistencia, se requiere que residan en el Perú.
- d) El Titular puede agregar como Dependiente(s) a su cónyuge, hijos, padres u otros Dependiente(s) sin necesidad de vínculo familiar, hasta un máximo de tres (3) personas.
- e) La edad mínima de ingreso para el Titular a la Asistencia de Salud es 18 años hasta los 69 años con 364 días, sin límite de edad de permanencia. Para Dependiente(s) la edad mínima de ingreso es 0 años hasta los 64 años con 364 días, sin límite de edad de permanencia.
- f) Para la inclusión de Dependiente(s), el Titular deberá escribir al Whatsapp 924 843 520 o llamar a la Central Telefónica (01) 445 3019 y solicitar la inclusión de los Dependiente(s). Para la inclusión de los Dependiente(s), el Titular deberá comunicarse con RED SALUD después del término del periodo de carencia.
- g) Conforme a lo dispuesto en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y en el Decreto Supremo 003-2013/ JUS - Reglamento de la Ley, El Titular y/o Dependiente(s) toman conocimiento y autorizan de forma expresa a RED SALUD con la finalidad de tratar sus datos personales para: fines estadísticos, comunicacionales relacionadas a la Asistencia de Salud, históricos, investigación en temas de salud o historias clínicas y cualquier otra actividad necesaria para la correcta prestación de salud y cumplimiento de diversas obligaciones legales por parte de RED SALUD.

ANEXO 2: DETALLE Y CONDICIONES DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS DE LA ASISTENCIA DE SALUD

DETALLE	CUBIERTO AL	COPAGO:	CANTIDAD DE EVENTOS:
Telemedicina Teleconsultas: Consultas médicas a través de videollamada o llamada en las especialidades de Medicina General o Pediatría.	100%	Sin copago	1 evento al mes por grupo familiar

CONDICIONES:

Teleconsultas: Consultas médicas a través de videollamada o llamada con profesional médico. Previa reserva, a través de nuestros canales de atención y dentro del horario de atención al cliente, teniendo en cuenta las especificaciones descritas en el presente Manual de Uso del Beneficio de Asistencia de Salud.

ANEXO 3: DIAGNÓSTICOS CUBIERTOS



La presente Asistencia de Salud cubre 368 diagnósticos. Los diagnósticos cubiertos se encuentran actualizados y descritos en el QR de la imagen.

Para cualquier duda, comuníquese a nuestro Whatsapp 924 843 520 o a nuestra central de RED SALUD al (01) 445-3019 de lunes a viernes de 9:00am a 6:00pm y sábados de 9:00 a 1:00pm.

ANEXO 4: PERÍODO DE CARENCIA

Es el plazo en el cual no están activas las prestaciones médicas de la Asistencia de Salud. El periodo de carencia es de un (1) mes.

ANEXO 5: EXCLUSIONES

Si el TITULAR Y/O DEPENDIENTE(S) requiere recibir las prestaciones médicas mencionados en la presente Asistencia de Salud, no tendrá derecho si la atención médica requerida es a consecuencia de las exclusiones mencionadas a continuación:

- a. Enfermedades y/o lesiones preexistentes al momento de contratar la Asistencia de Salud. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada o no por un profesional médico colegiado, conocida o no por el Titular y/o Dependiente(s) y no resuelta en el momento previo al ingreso en la presente Asistencia de Salud.
- b. Todas las atenciones relacionadas ni sus consecuencias, procedentes de un acto médico fuera de la Red médica.
- c. Participación activa del Titular y/o Dependiente(s) en actos delictivos o en actos violatorios de leyes, normas o reglamentos públicos.
- d. Enfermedades y/o complicaciones ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.
- e. Atenciones con otras fuentes de financiamiento tales como accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales, así como otras

- prestaciones cubiertas por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), los accidentes de tránsito (SOAT), entre otros.
- f. Embarazo, control del embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- g. Chequeos médicos y descarte de enfermedades en una persona sana, como control de niño sano u otros, así como controles de enfermedades no cubiertas por la Asistencia de Salud. Tampoco están cubiertos los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias o empleo.
- h. Reembolsos de cualquier tipo, que no sean expresamente amparados por la presente Asistencia de Salud y/o autorizados previamente por RED SALUD.
- i. La presente Asistencia de Salud no cubrirá ninguna atención médica ambulatoria, diagnóstico que no se encuentren descritos en el presente documento.

ANEXO 6: PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE TELECONSULTAS:

- a. Las prestaciones médicas otorgadas en la Asistencia de Salud para el Titular y/o Dependiente(s), estarán dadas únicamente por la Red de Proveedores médicos proporcionado por RED SALUD. La Red Médica está sujeta a cambios sin previo aviso.
- b. Las prestaciones médicas otorgadas en la Asistencia de Salud se encuentran sujetas a los horarios de atención y disponibilidad de la Red de Proveedores médicos afiliados a RED SALUD.
- c. El Titular y/o Dependiente(s) que requieran la atención médica contemplada en la presente Asistencia de Salud, podrá coordinar su cita médica de la siguiente forma:

RESERVA DE CITA, VÍA TELEFÓNICA Y WHATSAPP

1. Llama a la central telefónica de RED SALUD al (01) 445-3019 o escríbenos a nuestro Whatsapp 924 843 520 y solicita atención médica por teleconsulta.
2. El área de atención al cliente programará la cita y te enviará la confirmación por SMS, Whatsapp y correo electrónico.
3. En caso de ser teleconsulta por llamada, el médico se comunicará a la hora programada y en caso de teleconsulta por videollamada recibirás un correo con el enlace del link.

RESERVA DE CITA, VÍA ONLINE

1. Reserva tu cita médica en la web de RED SALUD: www.red-salud.com
2. El área de atención al cliente* programará la cita y te enviará la confirmación por SMS, Whatsapp y correo electrónico.
3. En caso de ser teleconsulta por llamada, el médico se comunicará a la hora programada y en caso de teleconsulta por videollamada recibirás un correo con el enlace del link.

- d. El horario de atención al cliente es de lunes a viernes de 9:00am a 6:00pm y sábados de 9:00 a 1:00pm
- e. En cualquier caso, las prestaciones médicas contempladas en este contrato se brindarán únicamente a quienes figuren como Titular y/o Dependiente(s) dentro de la base de datos de la Asistencia de Salud. El Titular y/o Dependiente(s) asume la responsabilidad de informar a RED SALUD si hubiese alguna modificación de sus datos para mantener actualizada dicha información.
- f. En caso el Titular y/o Dependiente(s) no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados anteriormente, RED SALUD no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no prestación de la atención médica a la que se refiere en el presente contrato.

ANEXO 7: OBLIGACIONES DEL TITULAR Y/O DEPENDIENTE(S)

- a. Abstenerse de realizar gastos o arreglos, que no formen parte de la Asistencia de Salud, sin haber consultado previamente con RED SALUD.
- b. Dar aviso oportuno a RED SALUD en caso el Titular y/o Dependiente(s) no reciba la atención médica de forma oportuna y/o de haberse presentado algún tipo de inconveniente al momento de recibir la prestación médica.
- c. Los canales de atención al cliente de RED SALUD a través de los cuales podrán comunicarse el Titular y/o Dependiente(s) para cualquier consulta, reclamo o reserva de cita médica son los siguientes: (01) 445-3019 o vía Whatsapp 924 843 520 en el horario de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 9:00 a.m. 1:00 p.m.
- d. Si el Titular y/o Dependiente(s) incumple con los procedimientos antes mencionados, RED SALUD queda liberado de cualquier responsabilidad que agrave o complique la situación médica del titular y/o Dependiente(s).

ANEXO 8: ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS

El Titular y/o Dependiente(s) podrá presentar sus consultas derivadas del presente Beneficio de Asistencia de Salud al área de Servicio al Cliente de RED SALUD a través de los siguientes medios: Central Telefónica (01) 445-3019 / Whatsapp 924 843 520 / E-mail: contacto@gruporedsalud.com / Página web: www.red-salud.com / Dirección: Av. Jorge Chávez 263 Of. 302, Miraflores. Para la atención de reclamos ponemos a su disposición nuestro libro de reclamaciones en el siguiente link: <http://librodereclamacionesperu.com/44663323.html>. Los reclamos serán atendidos en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.