

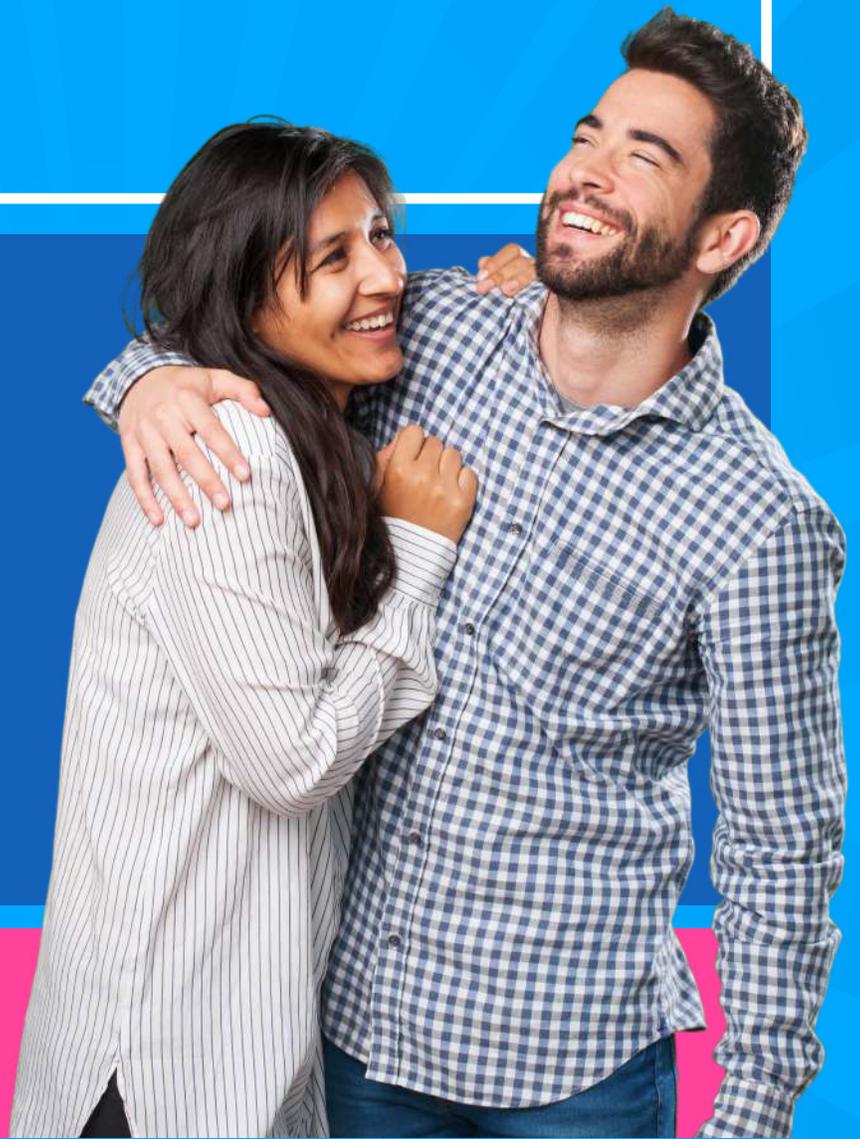
CÓDIGO SBS N° AE2026400230

SOLICITUD -  
CERTIFICADO  
SEGURO  
VIVE SALUD +

Número de póliza: 5000070

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

 Interseguro



## DATOS DE LA COMPAÑÍA

**Razón Social:** Interseguro Compañía de Seguros S.A.

**RUC:** 20382748566

**Dirección:** Av. Javier Prado Este N° 492, Of. 2601, Urb. Jardín, San Isidro - Lima

**Teléfono Fijo:** 500-0000

**Página web:** www.interseguro.pe

## DATOS DEL CONTRATANTE (COMERCIALIZADOR)

**Razón Social:** Banco Internacional Del Peru S.A. - INTERBANK

**RUC:** 20100053455

**Dirección:** Av. Carlos Villarán Nro. 140

**Teléfono Fijo:** 311-9000

## DATOS DEL ASEGURADO / RESPONSABLE DE PAGO

**Apellido Paterno:**

**Apellido Materno:**

**Primer nombre:**

**Segundo nombre:**

**Tipo Doc. Identidad:**

DNI  CE

Otro:

**N° Doc. Identidad:**

**Sexo:**

M  F

**Fecha de Nacimiento:**

Día Mes Año

**Dirección:**

**Distrito:**

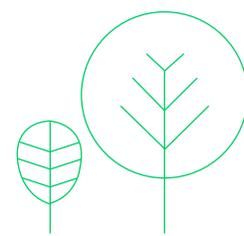
**Provincia:**

**Departamento:**

**Teléfono Fijo:**

**Celular:**

**Correo electrónico:**



## DATOS DEL ASEGURADO (EN CASO SEA DISTINTO AL RESPONSABLE DE PAGO)

<b>Apellido Paterno:</b>	<b>Apellido Materno:</b>	<b>Primer nombre:</b>	<b>Segundo nombre:</b>
<b>Tipo Doc. Identidad:</b> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro:	<b>N° Doc. Identidad:</b>	<b>Sexo:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<b>Fecha de Nacimiento:</b> Día Mes Año
<b>Dirección:</b>		<b>Distrito:</b>	<b>Provincia:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Teléfono Fijo:</b>	<b>Celular:</b>	<b>Correo electrónico:</b>

## CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

<b>Riesgo:</b> Asistencia Médica	<b>Moneda:</b> Soles
<b>Fecha de inicio de vigencia:</b> Desde la firma de la solicitud - certificado del seguro o aceptación del contrato por parte del Asegurado.	
<b>Fecha de fin de vigencia:</b> Hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución	
<b>Plazo de vigencia:</b> Anual, con renovación automática	
<b>Lugar y forma de pago:</b>	
<b>Frecuencia de pago de primas:</b>	

## AUTORIZACIÓN DE CARGO EN TARJETA PARA PAGO DE LA PRIMA

Autorizo se sirvan efectuar, de acuerdo a la periodicidad escogida, los cargos por el concepto de prima de seguro "VIVE SALUD +" en mí:

**Forma de Pago:** Con cargo en la Tarjeta del CONTRATANTE:

**Entidad Emisora:** Banco Internacional del Perú S.A.A - Interbank. Tarjeta N°: XXXX

**Monto a cargar:** S/ XXXX

**Periodicidad de Pago:** MENSUAL en la fecha más próxima a la afiliación, según las fechas determinadas por el CONTRATANTE.

El ASEGURADO autoriza el cargo de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito elegida por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación, según la periodicidad pactada en el presente documento. En caso no se pueda ejecutar el cargo antes señalado, se procederá a realizar un mínimo de 1 re-intento de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.

Asimismo, el ASEGURADO acepta que en caso no se encontrara saldo disponible en la cuenta designada del ASEGURADO o este tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo y reintento de cargo, el ASEGURADO autoriza a que se realice el cobro de la prima de acuerdo a lo siguiente:

Un intento de cargo a las cuentas del ASEGURADO con el CONTRATANTE, donde mantenga saldo acreedor. Un intento de cargo en cualquier otra tarjeta de crédito que el ASEGURADO mantenga con el CONTRATANTE.

Sin perjuicio de lo antes expuesto, si el CONTRATANTE no usase esta facultad o pese a ello no pudiese realizar el cargo de la prima correspondiente, no será responsable de la suspensión, resolución y/o extinción de la cobertura del seguro ya que los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO del pago oportuno de la prima y su verificación.

Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, la Solicitud-Certificado quedará extinguido transcurrido 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago no cargada. La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta a donde se cargue el presente seguro sea distinta a aquella con la que se eligió inicialmente.

## CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
18 años	59 años y 364 días	69 años y 364 días

## COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Coberturas	Plan 1	Plan 2
<b>Principal:</b> Renta hospitalaria por accidente	<b>Suma asegurada:</b> S/ 220 <b>Plazo máximo cubierto:</b> Hasta 60 días*, límite de días agregado por póliza <b>Carencia:</b> No aplica <b>Deducible:</b> 1 día <b>Beneficiarios:</b> Asegurado titular <b>Número máximo de eventos cubiertos:</b> 2**  * Los 60 días son un límite agregado anual por ambas coberturas de renta hospitalaria (por enfermedad y accidente).  **El máximo de eventos aplica a las solicitudes de activación de cualquier cobertura de Renta Hospitalaria (por enfermedad o accidente).	<b>Suma asegurada:</b> S/ 400 <b>Plazo máximo cubierto:</b> Hasta 60 días*, límite de días agregado por póliza <b>Carencia:</b> No aplica <b>Deducible:</b> 1 día <b>Beneficiarios:</b> Asegurado titular <b>Número máximo de eventos cubiertos:</b> 2**  * Los 60 días son un límite agregado anual por ambas coberturas de renta hospitalaria (por enfermedad y accidente).  **El máximo de eventos aplica a las solicitudes de activación de cualquier cobertura de Renta Hospitalaria (por enfermedad o accidente).

Coberturas	Plan 1	Plan 2
<b>Adicionales:</b> Renta hospitalaria por enfermedad	<b>Suma asegurada:</b> S/ 220 <b>Plazo máximo cubierto:</b> Hasta 60 días*, límite de días agregado por póliza <b>Carencia:</b> 30 días <b>Deducible:</b> 1 día <b>Beneficiarios:</b> Asegurado titular <b>Número máximo de eventos cubiertos:</b> 2**  * Los 60 días son un límite agregado anual por ambas coberturas de renta hospitalaria (por enfermedad y accidente).  **El máximo de eventos aplica a las solicitudes de activación de cualquier cobertura de Renta Hospitalaria (por enfermedad o accidente).	<b>Suma asegurada:</b> S/ 400 <b>Plazo máximo cubierto:</b> Hasta 60 días*, límite de días agregado por póliza <b>Carencia:</b> 30 días <b>Deducible:</b> 1 día <b>Beneficiarios:</b> Asegurado titular <b>Número máximo de eventos cubiertos:</b> 2**  * Los 60 días son un límite agregado anual por ambas coberturas de renta hospitalaria (por enfermedad y accidente).  **El máximo de eventos aplica a las solicitudes de activación de cualquier cobertura de Renta Hospitalaria (por enfermedad o accidente).
<b>Fallecimiento:</b>	<b>Suma asegurada:</b> S/ 10,000 <b>Plazo máximo cubierto:</b> No aplica <b>Deducible:</b> No aplica <b>Número máximo de eventos cubiertos:</b> 1 <b>Asegurado:</b> Asegurado titular <b>Beneficiarios:</b> Legales	<b>Suma asegurada:</b> S/ 20,000 <b>Plazo máximo cubierto:</b> No aplica <b>Deducible:</b> No aplica <b>Número máximo de eventos cubiertos:</b> 1 <b>Asegurado:</b> Asegurado titular <b>Beneficiarios:</b> Legales

MONTO DE PRIMA COMERCIAL MENSUAL		
PLAN	Plan 1	Plan 2
Prima neta	S/ 28.4	S/ 46.6
Prima total	S/ 33.5	S/ 54.9

Para obtener mayor información de su póliza, el Asegurado puede solicitarle las Condiciones Generales y Condiciones Particulares a La Compañía o visualizarlas a través de la página web [www.interseguro.pe](http://www.interseguro.pe) o a través del Portal del Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

## COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

- La compañía de Seguros paga el monto de la suma asegurada establecida en la Solicitud-Certificado, a manera de indemnización, por cada día que el Asegurado se encuentre hospitalizado a causa de un accidente.
- Se entiende por día de hospitalización las veinticuatro (24) horas continuas e ininterrumpidas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital o Clínica.
- La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en la Solicitud-Certificado del Seguro.
- En caso exista algún concepto pendiente de pago por parte del contratante o asegurado, la Compañía de Seguros se encuentra facultada a descontarlo de la indemnización de las coberturas contratadas.

## DESCRIPCIÓN DE LAS CLÁUSULAS ADICIONALES

### Renta Hospitalaria por Enfermedad:

La compañía de Seguros paga el monto de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado por cada día que el Asegurado se encuentre hospitalizado a causa de una enfermedad no preexistente.

Se entiende por día de hospitalización las veinticuatro (24) horas continuas e ininterrumpidas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital o Clínica.

La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado del Seguro.

En caso exista algún concepto pendiente de pago por parte del contratante o asegurado, la Compañía de Seguros puede compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la póliza respectiva, contra la indemnización debida al asegurado.

### Fallecimiento:

La Compañía de Seguros paga el monto de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado por el fallecimiento del Asegurado que se produzca dentro de la vigencia de la póliza.

Si el fallecimiento se produjera como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días calendarios siguientes de ocurrido el accidente, aplicándose el período de carencia descrito en las Condiciones Particulares.

La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado del Seguro.

En caso exista algún concepto pendiente de pago por parte del contratante o asegurado, la Compañía de Seguros puede compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la póliza respectiva, contra la indemnización debida al asegurado.

Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. En caso de la cobertura de fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este tome conocimiento de la existencia del beneficio.

## EXCLUSIONES

### 1 Actos delictivos o que constituyan la causa del siniestro en las que participe el asegurado.

Lesiones que generen hospitalización ocurridas cuando el Asegurado se encuentre voluntariamente al momento del siniestro bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sea recetado por un médico. Asimismo, el estado voluntario de embriaguez o drogadicción del Asegurado. Se considerará estado de embriaguez cuando el Asegurado niegue a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda, o cuando habiéndolo practicado, éste arroje un resultado mayor a 0.50 g/l de alcohol en la sangre al momento del siniestro.

**3** Lesiones a consecuencia de conducir un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa aplicable.

**4** Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, servicio militar, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo.

**5** Lesiones producidas por peleas, salvo en las que se demuestre legítima defensa, lo cual tendrá que probarse a través de una resolución judicial o un atestado policial.

**6** Accidentes que se produzcan en la práctica profesional o aficionada de los siguientes deportes o actividades de riesgo: buceo submarino, inmersión submarina, montañismo, ala delta, parapente, paracaidismo, canotaje, rafting, saltos ornamentales, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak, alpinismo, trekking, puenting, tirolina y street luge. Así también, la participación como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.

**7** Hospitalizaciones realizadas en instituciones legalmente no establecidas.

**8** En el caso de las Fuerzas Armadas, hospitalizaciones por convalecencia.

**9** Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para Asegurados que por su trabajo están considerados dentro del Seguro complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).

## EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA CLÁUSULA ADICIONAL

Adicional a lo indicado en Condicionado General o Solicitud Certificado, este seguro no cubre:

### Renta Hospitalaria por Enfermedad

**1** Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes y gastos derivados de causas relacionadas. Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos que cumplan con lo establecido en la Ley N° 28770, Ley que Regula la Utilización de las Preexistencias en la Contratación de un Nuevo Seguro de Enfermedades y/o Asistencia Médica.

**2** Curas de reposo, surmenage, enfermedades emocionales, desórdenes funcionales de la mente y tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico.

**3** Despistajes de enfermedades, tratamiento y/o medicina preventiva.

**4** Cirugía o tratamientos estéticos, plásticos o reconstructivos, cirugías por mama plastia reductora ni por ginecomastia.

**5** Tratamientos no reconocidos por el Colegio Médico Peruano

**6** Embarazo, maternidad, sus complicaciones y consecuencias.

**7** Insuficiencia o sustitución hormonal, todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad, raquitismo y los derivados de ellos.

**8** Enfermedades oncológicas y/o diagnosticadas como cáncer. En los casos que exista alta sospecha de cáncer, la cobertura del evento estará sujeta a la presentación del resultado de anatomía patológica, la cual deberá tener resultado negativo. La Compañía de Seguros podrá solicitar dicho documento, dentro del plazo de los 20 días para pronunciarse sobre el siniestro.

**9** Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.

### **Fallecimiento**

Este seguro no cubre:

**1** Suicidio, a menos que hubieran transcurrido dos (02) años completos e ininterrumpidos desde la fecha en que se contrató el seguro.

**2** Pena de muerte o muerte producida por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.

**3** Fisión o fusión nuclear, así como contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.

**4** Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; o intervenir en viajes submarinos.

**5** Enfermedades preexistentes, así como, anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ella, y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por la Compañía. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.

**6** Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/litro de alcohol en la sangre; o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.

**7** Prestación de servicios en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.

## **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

El Contratante tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la póliza de seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud. El plazo de los 15 días se computa desde la recepción de la póliza por parte del contratante.

Para el caso de los seguros colectivos, el Asegurado tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la solicitud certificado, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud.

Este derecho se ejerce solicitando la Resolución de la Póliza y se podrá emplear los mismos mecanismos, lugar y medios por los cuales se contrató, de acuerdo a lo señalado en las normas sobre protección al consumidor.

## PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DE SU INCUMPLIMIENTO

1	Obligación del pago: el Contratante es el obligado al pago de la prima, la cual es exigible desde la celebración del contrato. En caso de seguros colectivos, el Contratante trasladará la responsabilidad de pago al Asegurado. El pago puede ser fraccionado o diferido.
2	Pago de la Prima: El pago de la prima se considerará realizado a partir del día y hora en que la Compañía de Seguros o el Contratante reciba el importe de la prima acordada.
3	Suspensión de cobertura por incumplimiento de pago: el incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro, luego de treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación. Antes de esos treinta (30) días, la Compañía de Seguros deberá comunicar de manera cierta al Contratante, la situación de incumplimiento de pago de la prima y la suspensión de la cobertura como consecuencia de dicho incumplimiento, a través de los medios previamente acordados. Además, indicará el plazo que el Contratante tiene para pagar la prima antes de que se suspenda la cobertura. La Compañía de Seguros no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura esté suspendida. La suspensión de cobertura no es aplicable cuando el Contratante haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido en el contrato.
4	Rehabilitación de la cobertura: cuando el contrato se encuentra suspendido, la rehabilitación de la cobertura se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague el total de las cuotas vencidas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (00:00) horas del día siguiente a aquel en que se pague la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a solicitud del Contratante, siempre que la Compañía de Seguros no haya resuelto el contrato.
5	Resolución por incumplimiento de pago: cuando la cobertura del seguro esté suspendida por el incumplimiento del pago de la prima, la Compañía de Seguros podrá optar por resolver el contrato y/o solicitud certificado, los cuales se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el Contratante y/o asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía de Seguros informándole sobre esta decisión, por el mecanismo de comunicación acordado. En este caso, la Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por período efectivamente cubierto. La Compañía de Seguros quedará liberada de toda responsabilidad y obligación una vez resuelto el contrato.
6	Extinción del contrato de seguro por incumplimiento de pago: el contrato de seguro queda extinguido cuando el Contratante y/o asegurado no realiza el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento de la obligación, La Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por el periodo cubierto.

## CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro quedará resuelto, respecto al Contratante, perdiendo todo derecho originado de la Póliza cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante. Dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.
- c. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo de 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.

La Solicitud-Certificado del Seguro quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N°13.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.
- c. Cuando al momento de evaluar la solicitud de cobertura se evidencie que esta ha sido interpuesta en base a documentos o declaraciones falsas, los cuales se encuentran establecido en el Artículo N° 10. La Compañía comunicará la resolución al Contratante y al asegurado dentro de los treinta (30) días posteriores de haber tomado conocimiento del fraude.
- d. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo de 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En los supuestos antes mencionados, la Compañía de Seguros tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no transcurrido. La devolución de la prima se realizará en forma directa al Contratante o Asegurado, según corresponda, treinta (30) días hábiles posteriores a la resolución.

## SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

El Contratante o el Asegurado podrán solicitar la resolución sin expresión de causa de la Póliza. El Contratante notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

El Contratante notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

**a**

Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver su afiliación al contrato.

**b**

En caso se trate de una persona jurídica, copia literal de los Poderes que acrediten al Representante del Contratante como tal, así como las facultades necesarias para la resolución de contratos.

**c**

Copia del documento de identidad de la persona que suscribe la Carta de resolución.

El Asegurado notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

- |          |   |
|----------|---|
| <b>a</b> | Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver su afiliación al contrato. |
| <b>b</b> | Copia de su documento de identidad.   |

Este trámite podrá efectuarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de la Compañía de Seguros ([www.interseguro.pe](http://www.interseguro.pe)), o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante o Asegurado tuviese algún impedimento para realizar personalmente el trámite, deberá otorgar un poder notarial a través de una carta poder con firma legalizada, para que un tercero lo realice en su nombre.

La Compañía de Seguros procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada. El contrato terminará a las 23:59 horas del día en que se recibe la solicitud de la resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a partir de las 00:00 horas del día siguiente todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

## NULIDAD DEL CONTRATO

**El contrato de seguro será nulo por una causa existente al momento de su celebración en los siguientes casos:**

- |          |  |
|----------|--|
| <b>1</b> | <b>Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la póliza para asumir el riesgo.</b> |
| <b>2</b> | <b>Si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.</b>  |
| <b>3</b> | <b>Cuando no exista interés asegurable al momento de la celebración del contrato o al inicio de su vigencia.</b>   |

En estos casos, se procederá a la devolución de la prima pagada.

Para todos los casos de nulidad, el Asegurado perderá todo derecho de solicitar indemnización o beneficio alguno relacionado a esta Póliza.

La nulidad por reticencia y/o declaración inexacta deberá ser solicitada en el plazo de treinta (30) días desde que la Compañía de Seguros tenga conocimiento de esta.

Si el Asegurado hubiera cobrado la indemnización de un siniestro, quedará obligado a devolver a la Compañía de Seguros la suma asegurada percibida, más intereses legales y tributos correspondientes.

## AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA BÁSICA

Para todos los casos, el aviso del siniestro deberá ser comunicado a la Compañía de Seguros o al Comercializador dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia.

Los documentos necesarios para la solicitud de cobertura son:

- 1 Copia simple del Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados donde se verifique los datos del asegurado e indicación de fecha y hora de ingreso y alta.
- 2 Copia simple de la factura o boleta de pago según corresponda.

En adición, la Compañía de Seguros podrá solicitar los siguientes documentos:

- 3 Copia fedateada de la Historia Clínica desde la fecha de hospitalización, en caso la compañía lo requiera.
- 4 Original o copia legalizada del Atestado Policial o Resolución Final de Fiscalía.
- 5 Original o copia legalizada del resultado de Examen Toxicológico o Dosaje Etílico.

La documentación antes mencionada deberá ser presentada a la Compañía de Seguros o al Comercializador.

La Compañía de Seguros cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro una vez presentada la solicitud de cobertura. En caso la Compañía de Seguros requiera aclaraciones adicionales a la documentación presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días, desde la presentación de todos los documentos detallados en la Póliza. Esto suspenderá el plazo para evaluar el siniestro, hasta que se brinden las aclaraciones solicitadas.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el pago de la suma asegurada se realizará, a manera de indemnización, a favor de la sucesión intestada o testamento del asegurado, por lo que los beneficiarios deberán de presentar la copia legalizada de la sucesión intestada o testamento, según corresponda, inscrita en los Registros Públicos.

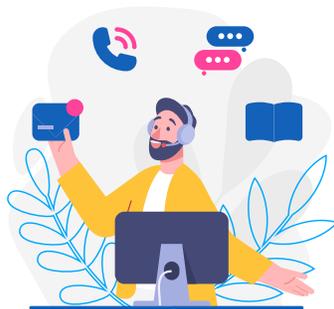
Las coberturas del contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. Para las coberturas de muerte, el plazo de 10 años se computa desde que el beneficio es conocido por el Beneficiario.

## REQUISITOS ESPECÍFICAS PARA LA CLÁUSULA ADICIONAL

### Fallecimiento

Adicionalmente a los requisitos solicitados en la Cláusula N° 10 del Condicionado General, para la activación de la presente cláusula adicional se deberá de presentar los siguientes documentos:

- 1 Original o copia legalizada del certificado médico de defunción, en formato oficial completo.
- 2 Historia Clínica completa, en caso corresponda.
- 3 Original o copia legalizada de la Partida o Acta de defunción.
- 4 Copia certificada del Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda.
- 5 Original o copia certificada del Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.



## PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS

Los requerimientos y/o reclamos serán recibidos vía llamada telefónica, página web o en cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente.

La respuesta de los mismos será comunicada al cliente en un periodo no mayor de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud, a través del medio pactado por el usuario.

 **Llámanos al:**  
**(01) 500-0000**

 **Horario de Atención:**  
Lunes a viernes  
de 9:00 am a 6:00 p.m.  
Sábados  
de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

 **Chatea con nosotros:**  
[www.interseguro.com.pe](http://www.interseguro.com.pe)

 **Horario de Atención:**  
Lunes a viernes  
de 9:00 am a 6:00 p.m.  
Sábados  
de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

 **Atención Presencial:**

 **Dirección:** Av. Javier Prado  
Este 476, San Isidro - Lima.

 **Lunes a viernes**  
de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

## INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS Y MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Las instancias habilitadas, tanto para asegurados como beneficiarios, para presentar reclamos y/o denuncias son:

- Defensoría del Asegurado por montos menores a US\$ 50,000.00, y que sean de competencia de la Defensoría del Asegurado, según detalla el reglamento de dicha entidad (web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe), Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro, Lima - Perú; Telefax: 421-0614).
- El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI (Dirección: Calle La Prosa S/N San Borja, web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)).
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840.
- El mecanismo de solución de controversias a emplear será la Vía Judicial para toda controversia, disputa, litigio, o discrepancia entre el Asegurado, Contratante, Beneficiarios y la Compañía de Seguros.

## DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O COASEGUROS

No aplica.

## POLÍTICA DE PRIVACIDAD

### Consentimiento para Tratamiento de Datos Personales

Conforme a la Ley de Protección de Datos Personales, Ley 2973, y su Reglamento, Decreto Supremo 3-2013-JUS, a través de este documento Interseguro Compañía de Seguros S.A. ("Interseguro"), con domicilio Av. Javier Prado Este 492, Lima 15073, informa sobre los alcances del tratamiento[1] de los datos personales que nos facilita con ocasión a la contratación de su seguro.

#### TRATAMIENTO NECESARIO:

Usted, como Asegurado, otorga a Interseguro su consentimiento previo, informado, expreso e inequívoco para realizar el tratamiento de sus datos personales y sensibles ("Datos Personales"), para la evaluación de riesgo, celebración del contrato, procesamiento y actualización de datos, gestión de cobranzas y cargo de primas, envío de correspondencia y comunicaciones, evaluación y pago de siniestros, entre otros que conforman la ejecución de la relación contractual.

Los Datos Personales serán almacenados en el banco de datos "Clientes" de titularidad de Interseguro, inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales, donde se tratarán hasta que usted revoque formalmente su consentimiento. Los Datos Personales son necesarios para poder ejecutar el contrato de seguro. Usted tiene derecho de revocar su consentimiento en cualquier momento, no obstante, si lo hace durante la vigencia del contrato, Interseguro no podrá cumplir con sus obligaciones derivadas del contrato.

Interseguro podrá transferir a nivel nacional [2] e internacional [3] los Datos Personales a terceros que realizarán actividades relacionadas a la ejecución de la relación contractual por encargo de Interseguro.

#### TRATAMIENTO OPCIONAL:

Usted, como Asegurado, dependiendo de la opción que marque al final de este casillero, puede otorgar de forma libre, expresa, previa e inequívoca, su consentimiento para que Interseguro transfiera los Datos Personales a las empresas de su grupo económico - Intercorp[4], y para que Interseguro y dichas empresas puedan, respecto a sí mismas: tratar sus Datos Personales con la finalidad de ofrecer, enviar información y publicidad sobre productos y servicios, ofertas y promociones, sea de forma directa o a través de terceras empresas contratadas para tales finalidades, a través de medios personalizados o de sistemas de comunicación masiva; así como para que Interseguro realice estudios de mercado y elaboración de perfiles de compra. Este Tratamiento es Opcional y se realizará hasta el momento en que usted revoque el consentimiento.

Asegurado	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sí acepto	<input type="checkbox"/> No acepto

Para el Tratamiento Necesario y el Tratamiento Opcional:

Interseguro le informa que usted puede ejercer de forma libre, gratuita y en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de Datos Personales, comunicándose al número 500-0000, Opción 5; o, enviando una comunicación escrita en la Avenida Javier Prado Este 476, San Isidro, Lima, Perú, conteniendo lo siguiente: a) nombres y apellidos del titular del derecho y acreditación de los mismos. En caso de actuar a través de representante legal, deberá, adicionalmente, adjuntar copia del DNI del representante legal y del título que acredite la representación; b) Petición concreta que da lugar a la solicitud; c) domicilio o dirección electrónica, a efectos de recibir las respuestas o notificaciones; d) Fecha y firma (no aplica firma si es por vía de correo electrónico); e) Documentos que sustenten la petición, de ser el caso. Interseguro atenderá las solicitudes cumpliendo con los plazos y formalidades que establece la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

## IMPORTANTE:

- **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 Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la Póliza a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días desde la fecha en que La Compañía o Entidad Financiera recibe la solicitud presentada por el Asegurado.**
- **Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiarios a la Entidad Financiera, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubieran presentado a La Compañía y se entienden recibidas en la misma fecha; así como los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago a la Entidad Financiera se considerarán abonados a La Compañía en la fecha de realización del pago.**
- **La empresa es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.**
- **La empresa 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 del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.**

Firma del Contratante	Representante de La Compañía

En señal de conformidad a todos los acuerdos anteriormente mencionados, suscribo la presente:

[1] La Ley de Protección de Datos Personales define al tratamiento de datos personales como cualquier operación o procedimiento técnico, automatizado o no, que permite la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción, consulta, utilización, bloqueo, supresión, comunicación por transferencia o por difusión o cualquier otra forma de procesamiento que facilite el acceso, correlación o interconexión de los datos personales.

[2] Banco Internacional del Perú S.A.A. – Interbank (Av. Carlos Villarán 140, La Victoria, Lima, Perú) para comercialización de productos; Affinity Latam Solutions S.A.C. (Av. Santo Toribio Nro. 115 Int. Pis8, Lima, Perú) para recaudación de primas; Hernán Santiago Christiansen Briceño (Loma Flor 197, Dpto. 301, Surco, Lima, Perú), Hugo Ramón Guillermo Razuri Ramírez (C. los Sauces 260, La Molina, Lima, Perú) para evaluación médica; Olva Curier S.AC. (Av. Gral. Alvarez de Arenales Nro. 1775, Lince, Lima, Perú) para distribución de cartas de siniestros; Gestión de Soluciones Digitales S.A.C. (Av. Petit Thouars Nro. 4957, Miraflores, Lima, Perú) para digitalización de documentos; Iron Mountain Perú S.A. (Av. Elmer Faucett 3462, Callao, Perú) para custodia de documentos físicos; Enotria S.A. (Av. Nicolás Ayllón 2890 Ate Vitarte Lima 3 – Perú) para generación, impresión y distribución de pólizas y EECC; Masterbase Perú S.A.C. (C. Los Zorzales 160, Piso 3, San Isidro, Lima, Perú) para envío de pólizas por correo electrónico e Intico Perú S.A.C. (C. Manuel Gonzáles Olaechea 338, Int. 101, San Isidro, Lima, Perú) para envío de información por SMS.

# CONDICIONADO GENERAL DE SERVICIOS

## 1. OBJETO: INTERSEGURO – VIVE SALUD + \_\_\_\_\_

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, **INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, en adelante **INTERSEGURO**.

**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 **INTERSEGURO**.

## 2. DEFINICIONES: \_\_\_\_\_

**AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS:** Es la persona física afiliada a INTERSEGURO COMPANIA DE SEGUROS que se haya AFILIADO a "INTERSEGURO - ASISTENCIA SALUD IBK". Dentro de este rubro se entenderán como BENEFICIARIOS del AFILIADO al integrante de la familia, esposa, cónyuge, hijos menores de 18 años, padres (adulto mayor) y/o trabajadores del hogar, registrados como beneficiarios al momento de adquirir el programa, quienes podrán gozar de todos los servicios a los que tiene derecho el AFILIADO, de conformidad con los terminos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.

## 3. SERVICIOS: \_\_\_\_\_

PROGRAMA VIVE SALUD +			
Prestación	Límite de Cobertura PLAN BASE	Límite de Cobertura PLAN FULL	Eventos al Año
Ambulancia por emergencias	S/ 400	S/ 400	3 eventos
Atención por emergencia	S/ 800	S/ 800	2 eventos
Reembolso de medicamentos como consecuencia del accidente	S/ 150	S/ 250	3 eventos
Seguimiento virtual post accidente – Telemedicina general	100%	100%	3 eventos
Orientación médica telefónica 24 hora	Sin tope	Sin tope	Sin límite
Consulta virtual – Telemedicina general	Sin tope	Sin tope	Sin límite
Envío y coordinación de médicos a domicilio	Co pago S/ 35	Co pago S/ 35	Sin límite
Entrega de medicamento genérico post consulta a domicilio o telemedicina (Tratamiento no mayor a 10 días)	S/ 100	S/ 200	12 eventos

Prestación	Límite de Cobertura PLAN BASE	Límite de Cobertura PLAN FULL	Eventos al Año
<b>Chequeo preventivo:</b> Hemograma completo Grupo sanguíneo Colesterol Triglicéridos Orientación médica para lectura de resultados	Coberturado	Coberturado	1 Evento
Consulta médica ambulatoria en medicina general y especialidad	Sin límite	Sin límite	12 eventos (carencia 3 meses)
Medicamentos genéricos derivados de la consulta médica (tratamiento no mayor a 15 días)	100%	100%	12 eventos
Exámenes derivados de consulta médica	S/ 150	S/ 300	4 eventos
Seguimiento en línea de toma de medicamentos	Sin tope	Sin tope	Sin Límite

## IMPORTANTE:

- Este es un beneficio gratuito que se otorga a los asegurados que contrataron y mantienen vigente el seguro **VIVE SALUD + PLAN BASE Y PLAN FULL** emitido por Interseguro Compañía de Seguros S.A. (en adelante, el **AFILIADO TITULAR**).
- Este servicio estará a disposición del **AFILIADO TITULAR Y/O SUS BENEFICIARIOS**, de acuerdo con las condiciones descritas en el presente documento.
- Los servicios que forman parte de estas asistencias no incluyen ningún pago por parte del **AFILIADO**. La contratación de servicios adicionales con el proveedor del servicio que realice el **AFILIADO** será bajo su exclusiva responsabilidad. La Compañía de Seguros no asumirá responsabilidad o pago alguno por dichos servicios adicionales.

## 4. DETALLE DE SERVICIOS:

**4.1 Ambulancia por emergencia:** En caso de que el titular o asegurado adicional, sufra un accidente y/o enfermedad grave que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran de una atención médica inmediata o su hospitalización, MOK gestionará el traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, MOK coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad. Este servicio se brindará hasta el valor máximo del tope de cobertura del programa.

### Exclusiones del servicio:

- Zona donde no exista la infraestructura necesaria para el traslado del paciente
- Ambulancias programadas
- Dolencias derivadas del embarazo
- Retiro de pacientes de hospitales o clínicas

**4.2 Atención por emergencia:** En caso de que el titular o asegurado adicional, sufra una emergencia derivada de una enfermedad grave y/o accidente que le provoque lesiones o traumatismo que lo derive a una sala de emergencia podrá coordinar con MOK por el reintegro de los gastos por estabilización del paciente. Este servicio se brindará hasta el valor máximo del tope de cobertura del programa.

**Exclusiones del servicio:**

- Gastos por internamiento del paciente
- Gastos por procedimientos, posterior a las atenciones de emergencia

**4.3 Reembolso de medicamentos como consecuencia del accidente:** Servicio orientado a realizar el reintegro económico por gastos en medicamento a consecuencias de un accidente, este servicio se brindará hasta el tope de cobertura siempre y cuando existan los documentos contables que sustenten dicho gasto y la receta del médico tratante, para requerir este servicio el afiliado o asegurado adicional deberá de comunicarse con la central telefónica dentro de las 24 horas de ocurrido el accidente

**Exclusiones del servicio:**

- Productos de limpieza y/o aseo personal
- Vitaminas y/o productos energizantes
- Inyectables y/o sondas

**4.4 Seguimiento virtual post accidente - Telemedicina general:** Servicio de TELEMEDICINA que proporciona ayuda al titular o asegurado adicional posterior al accidente, este servicio será brindado por un profesional médico, quien aconsejara tratamientos que pudieran ayudar a mejorar la salud del titular. MOK se exime de toda responsabilidad por los actos u omisiones que pudiera concretar el TITULAR después de la Telemedicina.

**Exclusiones del servicio:**

- Exámenes complementarios, procedimientos
- Atención de urgencias o emergencias
- Emisión de descanso médico

**4.5 Orientación médica telefónica:** Servicio de orientación médica telefónica proporcionado por profesionales del área de la salud, orientado a responder las inquietudes efectuadas por él titular o asegurado adicional, en búsqueda de una orientación en Medicina General tales como enfermedades, dolencias, síntomas, malestares, imprevistos de salud. MOK se exime de toda responsabilidad por los actos y/u omisiones que pudiera concretar el titular o asegurado adicional posterior de la orientación telefónica.

**Exclusiones del servicio:**

- Prescripción de medicamentos
- Diagnóstico de enfermedades y/o accidentes
- Emisión de licencias médicas

**4.6 Consulta virtual - Telemedicina general:** El servicio de TELEMEDICINA pone a disposición del titular o asegurado adicional, un staff de profesionales en Medicina General a través de videoconferencia. El profesional podrá aconsejar y recomendar opciones de tratamiento. Para la entrega de este servicio el cliente deberá contar con acceso a internet estable. MOK se exime de toda responsabilidad por los actos u omisiones que pudiera concretar el TITULAR o asegurado adicional después de la Telemedicina.

**Exclusiones del servicio:**

- Exámenes complementarios, procedimientos y/o tratamientos
- Atención de urgencias o emergencias
- Emisión de descanso médico

**4.7 Envío y coordinación de médicos a domicilio:** A solicitud del titular o asegurado adicional, MOK, a través de su red de profesionales, ubicará a un médico, en Medicina General para que pueda asistir en su domicilio. El profesional podrá aconsejar y recomendar opciones de tratamiento al igual que emitir recetas simples.

**Exclusiones del servicio:**

- Atención de Urgencias y/o emergencias
- Atención en especialidades

**4.8 Entrega de medicamentos genérico post consulta a domicilio o telemedicina (tratamientos no mayores a 10 días):** Cuando a raíz de la consulta en Telemedicina y Médico a domicilio, el profesional de la salud recete medicamentos que deriven de la misma, estos serán cubiertos por MOK hasta el tope de la cobertura del programa. (Tratamientos no mayores a 10 días).

**Exclusiones del servicio:**

- Medicamentos de marca
- Productos de limpieza y/o pañales
- Inyectables y/o sondas

**4.9 Chequeo preventivo anual:** A través de esta asistencia el titular o asegurado adicional podrá solicitar el servicio de chequeo anual (preventivo). Esta prestación considera los honorarios del médico profesional, Hemograma completo, Grupo Sanguíneo, examen de colesterol y triglicéridos. Este servicio podrá ser solicitado al cumplimiento del segundo mes de afiliación.

**Exclusiones del servicio:**

- Atenciones o controles posteriores a la primera atención.
- Exámenes y medicamentos.
- Cualquier otro examen no considerado en los servicios en cobertura.

**4.10 Consulta médica ambulatoria en medicina general y especialidad:** Cuando el titular o asegurado adicional requiera realizar una consulta médica general ambulatoria, MOK coordinará con los centros médicos afiliados a su red, para que sea atendido, Este servicio será programado y cubierto por MOK a través del programa de salud.

**Exclusiones del servicio:**

- Consultas en la especialidad de Psiquiatría
- Consultas en la especialidad de Odontología
- Consultas en la especialidad de Infectología
- Consultas en la especialidad de Proctología
- Consultas en la especialidad de Mastología
- Exámenes, Imágenes y/o placas solicitadas en la consulta médica.
- Cualquier otro examen no considerado en los servicios en cobertura.

**4.11 Medicamentos genéricos derivado de la consulta médica:** Cuando a raíz de la consulta médica ambulatoria el profesional de la salud recete medicamentos que deriven de la misma, estos serán cubiertos por MOK. (Tratamientos no mayores a 15 días).

**Exclusiones del servicio:**

- Medicamentos de marca
- Productos de limpieza y/o pañales
- Inyectables y/o sondas

**4.12 Exámenes derivados de la consulta médica ambulatoria:** Cuando a raíz de la consulta médica ambulatoria, el profesional de la salud derive a Exámenes tales como (Hemograma completo, Glucosa, Orina) estos serán cubiertos por MOK hasta el tope de la cobertura del programa.

**4.13 Seguimiento en línea de toma de medicamentos:** A través de esta asistencia, el titular o asegurado adicional, podrá solicitar el servicio de seguimiento de toma de medicamentos, un médico en línea lo orientará y recordará sobre la programación de toma de medicamentos.

## 5. LIMITACIONES DE LOS SERVICIOS:

El proveedor no proporcionará los servicios en los siguientes casos:

- ✓ Cuando el **AFILIADO** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- ✓ Cuando el **AFILIADO** no se identifique como **AFILIADO TITULAR, o CÓNYUGE, HIJO, PADRE o MADRE del AFILIADO TITULAR de los SERVICIOS.**

## 6. TERRITORIALIDAD:

**A nivel nacional a excepción de:**

- Ucayali
- Madre de Dios
- Loreto a excepción de Iquitos
- Pasco
- Huancavelica

**Según el siguiente radio de acción:**

- Lima Metropolitana: Callao y Balnearios:
- Por el Norte: hasta Ancón
- Por el Sur: hasta Cañete (Km 144)
- Por el Este: hasta Chosica, Chaclacayo y Cieneguilla
- Por el Oeste: La Punta

**Provincias: el radio de acción será de 40 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad.**

- Por el Norte: Tumbes, Piura, Sullana, Talara, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Huaraz, Huaral, Barranca.
- Por el Sur: Ica, Chincha, Pisco, Arequipa, Juliaca, Puno, Moquegua, Ilo, Tacna.
- Por el Este: Huancayo, Ayacucho, Cusco.
- Por el Oriente: Tarapoto, Iquitos.

## 7. REEMBOLSO PARA CLIENTES QUE NO TIENEN COBERTURA POR LOCALIZACIÓN:

MOK se obliga a reembolsar de acuerdo a los topes de cada servicio al AFILIADO, TITULAR Y/O DEPENDIENTE en los casos que, por territorialidad, los servicios no puedan ser atendidos.

## 8. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO: \_\_\_\_\_

Todos los servicios enumerados en el presente documento deberán ser solicitados a través de la Central de Asistencias (01) 709-5601 los 365 días del año. Los referidos servicios serán atendidos por El proveedor de asistencias con la mayor prontitud posible.

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

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

(\*) Datos del **AFILIADO que solicita el servicio y del AFILIADO TITULAR** obligatorios para todo tipo de información o solicitud de asistencia.

El proveedor de asistencias le prestará al **AFILIADO** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.

## RED DE CLÍNICAS

CLÍNICA	CLÍNICA
CLÍNICA PROVIDENCIA	CENTRO MÉDICO CENTIR
CLÍNICA SAN PABLO - SURCO	CENTRO MÉDICO BLAU S.A.C
CLÍNICA SAN GABRIEL (RED SAN PABLO)	LABORATORIO QUALAB S.A.C
CLÍNICA SANTA MARTHA DEL SUR SAC.	CLÍNICA PROSALUD - PUNO
CLÍNICA NUEVO SAN JUAN BAUTISTA (RED SAN PABLO)	CLÍNICA EL NAZARENO
CLÍNICA JESUS DEL NORTE SAC (RED SAN PABLO)	CLÍNICA CORPOMEDIC SAN MARTIN
CLÍNICA LA MERCED SAC (RED SAN PABLO)	CLÍNICA MONTEFIORI
CLÍNICA SAN PABLO HUARAZ (RED SAN PABLO)	CLÍNICA DE CORTA ESTANCIA ROCA
CLÍNICA CERRO COLORADO S.A.C. (RED SAN PABLO)	INVERSIONES DI FLORIO SAC (CLÍNICA TATAJE)
CLÍNICA MAISON DE SANTE - CHORRILLOS	LA ESPERANZA DEL PERU SA - SANNA
CLÍNICA MAISON DE SANTE - SURCO	CENTRO CLINICO TALARA - SANNA
CLÍNICA MAISON DE SANTE - CERCADO	CLÍNICA MONTELUZ
CLÍNICA SAN MIGUEL	CLÍNICA EL GOLF SANNA
CLÍNICA BELLAVISTA (RED AUNA)	CLÍNICA CHORRILLOS
CLÍNICA MARIA DEL SOCORRO	CLÍNICA SAN MARCOS
CLÍNICA GUADALUPE	CLÍNICA PROSALUD CHOTA
CLÍNICA GOOD HOPE	CLÍNICA CAYETANO HEREDIA
CLÍNICA HIGUERETA	CLÍNICA SANTA ANA
CLÍNICA UNIVERSITARIA	CLÍNICA SAN JUDAS TADEO
CLÍNICA SANTA MARIA DE CHIMBOTE	CLÍNICA VERSALLES
CLÍNICA SANTA ROSA DE SULLANA	CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

CLÍNICA	CLÍNICA
CLÍNICA VIRGEN ASUNTA	CENTRO DE LA FAMILIA
CLÍNICA MONTE CARMELO	CENTRO MONTE HOREB
UNILAB LABORATORY DIAGNOSTICS SERVICES	CENTRO NEUROQUIRURGICO DE LA SELVA S.A.C.
SAN PABLO - SEDE SURCO	CENTRO MÉDICO MEDISIS
SAN PABLO - SEDE CLÍNICA SAN GABRIEL	SAN PABLO - SEDE JESUS DEL NORTE
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA	SAN PABLO - SEDE TRUJILLO
CLÍNICA SANTA BEATRIZ	CLÍNICA BELEN S.A.C.
CLÍNICA ALIVIARI	CLÍNICA JOCKEY SALUD / CENTRO MÉDICOS DEL PERÚ
CLÍNICA PERUANO SUIZA	CLÍNICA CAMPO
CLÍNICA SEÑOR DE LUREN DE ICA	CLÍNICA INMACULADA CONCEPCIÓN
CLÍNICA SANTO DOMINGO	CLÍNICA LA LUZ
CLÍNICA SANTA ANA S.A.C.	CLÍNICA SAN JUAN
SANNA CLÍNICA SANCHEZ FERRER	CLÍNICA SANTA EMILIA
CLÍNICA VIRGEN DE LAS NIEVES	CLÍNICA BELLO HORIZONTE
CLÍNICA SAN JUAN	CLÍNICA HOLISTICA
CLÍNICA SELVA AMAZÓNICA	CLÍNICA LA LUZ (TACNA)
CLÍNICA DE DIOS	CLÍNICA TRAMAZON
CLÍNICA GONZALES	CLÍNICA TRESA
SANNA CLÍNICA BELEN	CLÍNICA VIRGEN DEL ROSARIO
CLÍNICA MONTE SINAI	CLÍNICA DEL SUR S.A.C.
CLÍNICA SALDAÑA	CLÍNICA ORTEGA S.R.L.
SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD SANTA ANA S.A.C	CLÍNICA DR VICTOR PAREDES E.I.R.L.

CLÍNICA	CLÍNICA
CLÍNICA MEDICAL CUSCO S.A.C.	FMC MEDICAL CENTER
CLÍNICA MÉDICO SINAI	FMC MEDICAL CENTER
HOSPITAL PRIVADO JUAN PABLO II	FMC MEDICAL CENTER
CENTRO MÉDICO FONSECA BRICEÑO	POLICLÍNICO SANTA MARIA MAGDALENA
AMAZON DENTAL CARE	DIAGNOSCAN - LIMA
SAN PABLO - SEDE AREQUIPA	DIAGNOSCAN - SANTIAGO DE SURCO
SAN PABLO - SEDE HUARAZ	DIAGNOSCAN - CHORRILLOS
POLICLÍNICO JIREH S.A.C.	MULTILAB
CLÍNICA DEL SUR - RED SANNA (EX CLÍNICA GALENO)	CLÍNICA LAS AMERICAS
CLÍNICA PERUANA DE LOS ANDES	CLÍNICA SAN JOSÉ S.A.C.
CLÍNICA LIMATAMBO - SAN ISIDRO	CLÍNICA PARDO S.AC.
CLÍNICA LIMATAMBO - CAJAMARCA	CENTRO MÉDICO VINALI
CLÍNICA LIMATAMBO - CALLAO	CLÍNICA ANTONIO RAIMONDI
CLÍNICA SAN MARTIN	INVERSIONES MÉDICAS BIENVITAL
FMC MEDICAL CENTER	