

CONDICIONES DE CHECK UP MÉDICO FAMILIAR – DESGRAVAMEN

1. COBERTURAS:

Detalle	Monto máximo por evento	Máximo de eventos al año	Copago
Asistencia Médica			
Chequeo anual gratuito: Dos (2) exámenes médicos para núcleo familiar	S/. 100	4 eventos	-
Orientación médica telefónica para la lectura de exámenes médicos	Ilimitado	4 eventos	-
Orientación médica telefónica	Ilimitado	Ilimitado	-
Médico particular a domicilio	Ilimitado	Ilimitado	S/. 35

- **AFILIADO / TITULAR del servicio:** El **AFILIADO / TITULAR** de la **ASISTENCIA CHECK UP MÉDICO FAMILIAR- DESGRAVAMEN** es la persona titular de la tarjeta de crédito operada por el **BANCO CENCOSUD** que estén sujetas al pago del Seguro de Desgravamen. El titular de la Tarjeta que desee utilizar el servicio debe tener como requisito el cobro por el Seguro de Desgravamen en el estado de cuenta del mes anterior a la solicitud del servicio.
- **Beneficiarios:** Los beneficiarios o núcleo familiar de la **ASISTENCIA CHECK UP MÉDICO FAMILIAR- DESGRAVAMEN** son el cónyuge e hijos menores de 18 años del **AFILIADO / TITULAR**, si no tiene hijos menores de 18 años, los beneficiarios podrán ser los padres. Se considera un máximo de cuatro (4) beneficiarios por **AFILIADO / TITULAR**.
- **Importante:**
 - Este servicio estará a disposición del **AFILIADO / TITULAR** las 24 horas del día y los 365 días del año ilimitadamente las veces que el **AFILIADO / TITULAR** lo requiera de acuerdo a las coberturas descritas en el presente documento, a través de la Central de Asistencias 01-630 8150 para Lima y 0800-00-350 para provincias.
 - **MOK** es el único y exclusivo responsable de las coberturas contratadas por el **BANCO CENCOSUD**.
 - Las comunicaciones cursadas por el **AFILIADO / TITULAR** al **BANCO CENCOSUD**, por aspectos relacionados con la **ASISTENCIA CHECK UP MÉDICO FAMILIAR – DESGRAVAMEN**, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a **MOK**. Asimismo, los pagos efectuados por el **AFILIADO / TITULAR** al **BANCO CENCOSUD** se consideran abonados 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 la **ASISTENCIA CHECK UP MÉDICO FAMILIAR – DESGRAVAMEN** serán correo electrónico, teléfono fijo, celular y dirección física indicados en el momento de la contratación de la tarjeta de crédito operada por el **BANCO CENCOSUD**.
- **Vigencia de la cobertura:** La vigencia de la **ASISTENCIA CHECK UP MÉDICO FAMILIAR – DESGRAVAMEN** se renueva de forma mensual. Para mantenerla activa es requisito el cobro del Seguro de Desgravamen en su tarjeta de crédito operada por el **BANCO CENCOSUD** el mes anterior al mes de vigencia.
- **Medios habilitados por MOK para presentar reclamos:** En caso de reclamo, **AFILIADO / TITULAR** cuenta con la Central de Asistencias 01-6308150 para Lima y 0800-00-350 para provincias o en los Centros de Tarjetas y Seguros ubicados dentro de las Tiendas Metro y Paris. **MOK** tendrá un plazo máximo de treinta (30) 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.

2. DETALLE DE COBERTURAS:

Asistencia Médica:

- **Chequeo Anual Gratuito: Exámenes Médicos para núcleo familiar:** Previa solicitud del **AFILIADO / TITULAR** y/o sus beneficiarios, **MOK** brindará el acceso a la toma de exámenes básicos de diagnóstico gratuitos. El **AFILIADO / TITULAR** podrá escoger entre: colesterol, hemograma, glucosa, orina y triglicéridos, hasta dos exámenes de todo lo mencionado, que cubre hasta el tope de la cobertura.
- **Condiciones Particulares:** Este servicio tiene un límite de cobertura de S/. 100 por evento. El **AFILIADO / TITULAR** y/o sus beneficiarios tienen derecho a tomar el servicio una (1) vez al año cada uno, no acumulable para siguientes periodos. El **AFILIADO / TITULAR** y/o sus beneficiarios podrán hacer uso del servicio siempre y cuando haya estado sujeto al pago del Seguro de Desgravamen en su tarjeta de crédito operada por el **BANCO CENCOSUD** el mes anterior de la solicitud del servicio.

- **Orientación médica telefónica para la lectura de exámenes médicos:** Una vez que el **AFILIADO / TITULAR** y/o sus beneficiarios tengan los resultados de los exámenes médicos que se realizaron en el chequeo anual gratuito, podrán contactarse con **MOK** para la interpretación de los mismos.
Condiciones Particulares: El **AFILIADO / TITULAR** y/o sus beneficiarios tienen derecho a tomar el servicio una (1) vez al año cada uno, no acumulable para siguientes periodos. El **AFILIADO / TITULAR** y/o sus beneficiarios podrán hacer uso del servicio siempre y cuando haya estado sujeto al pago del Seguro de Desgravamen en su tarjeta de crédito operada por el **BANCO CENCOSUD** el mes anterior de la solicitud del servicio.
- **Orientación médica telefónica:** El **AFILIADO / TITULAR** podrá realizar consultas vía telefónica a un profesional médico respecto a temas de medicina general, cuidado de enfermedades específicas, dolencias, síntomas, malestares, imprevistos de salud, interacción de medicamentos, seguimiento de enfermedades crónicas, medidas de auto cuidado en salud, enfermedades pediátricas, enfermedades geriátricas, entre otros temas relacionados.
Condiciones Particulares: La cobertura es de ilimitada para el **AFILIADO / TITULAR** y/o sus beneficiarios. Este servicio está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.
- **Médico Particular a Domicilio:** En caso que el **AFILIADO / TITULAR** requiera la evaluación de un médico por alguna enfermedad o molestia, **MOK** podrá enviar un profesional especialista en medicina general al domicilio o al lugar donde el **AFILIADO / TITULAR** lo indique siempre y cuando la infraestructura de la localidad lo permita. En las ciudades en las que no se cuente con infraestructura adecuada, **MOK** podrá coordinar dicha asistencia médica por medio de los servicios médicos públicos en la localidad. El afiliado en todo momento deberá supervisar la prestación de los servicios. Este servicio se prestará como una asistencia médica de emergencia, por lo que **MOK** no se hace responsable por el chequeo personal del afiliado con un médico de alguna especialidad específica.
Condiciones Particulares: Esta cobertura podrá ser solicitada de forma ilimitada para el **AFILIADO / TITULAR** y/o sus beneficiarios sujeta a un copago de S/. 35 por evento. El servicio estará disponible durante el día en un plazo promedio de 60 a 90 minutos en zonas urbanas, y en horario 11 pm a 7 am y/o en caso de alta demanda estará sujeto a disponibilidad. Los exámenes que deba realizarse el **AFILIADO / TITULAR** y/o sus beneficiarios, así como los medicamentos y demás gastos que deriven de dicha asistencia médica, serán pagados por el **AFILIADO / TITULAR** y/o sus beneficiarios con sus propios recursos, en efectivo directamente al proveedor del servicio.

3. EXCLUSIONES GENERALES:

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

- Preexistencias, es decir cuando el evento haya ocurrido antes de la fecha de inicio de vigencia de **ASISTENCIA CHECK UP MÉDICO FAMILIAR – DESGRAVAMEN**.
- Cualquier servicio solicitado con más de 48 horas posteriores al momento de la emergencia.
- Cuando el **AFILIADO / TITULAR** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Resultantes de servicios que el **AFILIADO / TITULAR** haya contratado sin el previo consentimiento de **MOK**.
- Cuando el **AFILIADO / TITULAR** no se identifique como **AFILIADO / TITULAR** de los servicios.
- Eventos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, ciclones, etc.
- Hechos y actos derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín, tumulto popular, etc.
- Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpo de seguridad.
- Energía nuclear radiactiva.
- Participación del **AFILIADO / TITULAR** en deportes de aventura como parapente, ala delta, puenting, etc.
- Mala fe del **AFILIADO / TITULAR**, comprobada por el personal de **MOK** o si en la petición mediara mala fe. Se entiende como mala fe a la actitud fraudulenta o de engaño por parte de quien conviene un acuerdo, adoptada con ánimo de perjudicar a la otra parte contratante.

4. TERRITORIALIDAD DE LOS SERVICIOS:

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

1. Lima Metropolitana: Callao y Balnearios:

- **Por el Norte:** hasta Ventanilla.
- **Por el Sur:** hasta Cañete (km 144)
- **Por el Este:** hasta Cieneguilla
- **Por el Oeste:** La Punta

2. Provincias: el radio de acción será de 40 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.



- **Por el Oeste:** Tarapoto, Iquitos.

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 01-6308150 para Lima y 0800-00-350 para Provincias, durante las 24 horas del día, 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 al **BANCO CENCOSUD** 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**. 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.



Alejandra Vizquerra
Sub Gerente de Seguros
de Banco Cencosud



Rossana Suárez Parada
Gerente Comercial MOK

PRESTADOR DE SERVICIOS:

MOK Perú
RUC: 20555299061
Av. República de Panamá 3030, piso 9, San Isidro
Telf: 630-8150

CONTRATANTE:

Banco Cencosud
RUC: 20543166660
Av. Benavides N° 1555, Miraflores
Telf: 610-7900



Central de Asistencias

Lima **630-8150**
Provincias **0800-00-350**

Vigente desde 01 de Julio del 2015

Banco Cencosud. Agencia principal Av. Benavides 1561, San Antonio, Miraflores. Lima - Perú.
Banca Telefónica 610 7900 en Lima 0801 00400 en Provincias