

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tienda: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

## Ficha de afiliación ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL ELECTRO

### 1. ASISTENCIAS:

ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL ELECTRO			
Asistencia	Monto Máximo Anual	Máximo Servicios Anuales	Pago Único
<b>SALUD</b>			
Aló Doctor	Ilimitado	Ilimitado	-
Médico a Domicilio	S/ 500	04 servicios	S/30
Pediatra a Domicilio	S/ 500	04 servicios	S/30
Enfermera a Domicilio	S/ 500	04 servicios	S/30
<b>DAÑO ACCIDENTAL ELECTRO</b>			
Daño Accidental	30 días desde la compra	01 servicio	30% del valor del producto

- **AFILIADO del servicio:** El **AFILIADO** de la **ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL ELECTRO** es la persona que aceptó la afiliación al producto **ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL ELECTRO**, menor a 70 años a la fecha de contratación, teniendo como contrato de venta el certificado del producto al momento de la compra en **TIENDAS MARCIMEX**; firmado por el cliente en el caso de venta presencial.
- **Adicionales del servicio:** Los adicionales de la **ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL ELECTRO** son las personas que vivan en el hogar del **AFILIADO**, menores a 70 años (cónyuge, hijos, padres, máximo 2 trabajadores del hogar).
- **Importante:**
  - Este servicio estará a disposición del **Afiliado** o sus beneficiarios las 24 horas del día y los 365 días del año ilimitadamente las veces que el **Afiliado** o sus beneficiarios lo requieran de acuerdo a las asistencias descritas en el presente documento, a través de la Central de Asistencias (01) 700-6656 para Lima y 0-800-78-456 para Provincias o a través del correo electrónico [atencion.asistencia@grupomok.com](mailto:atencion.asistencia@grupomok.com).
  - **MOK** es el único y exclusivo responsable de las asistencias contratadas por **TIENDAS MARCIMEX**.
- Las comunicaciones cursadas por el **Afiliado** a **TIENDAS MARCIMEX**, por aspectos relacionados con la **ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL ELECTRO**, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a **MOK**.
- **Medios para comunicar aspectos de la asistencia:** El **Afiliado** acepta expresamente que los datos de contacto que usará **MOK** para comunicar cualquier aspecto relacionado con el **PRODUCTO ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL ELECTRO** serán correo electrónico, teléfono fijo, celular y dirección física indicados por **TIENDAS MARCIMEX**.
- **Declaración:** El **AFILIADO** declara que ha tenido a su disposición de manera previa a la contratación de la **ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL ELECTRO** las condiciones del servicio de asistencias.
- **Inicio del servicio:** Desde la fecha de contratación. Para las prestaciones de salud será vencido el plazo de 10 días contados desde la contratación, el **AFILIADO** contará con las asistencias, siempre y cuando no haya mentido, distorsionado, omitido u ocultado información al momento de solicitar la **ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL ELECTRO** como edad, sexo o preexistencias relacionadas con las asistencias descritas en el presente documento.
- **Fecha de término del servicio:** **ASISTENCIA PROTECCIÓN TOTAL ELECTRO** tiene un periodo de duración de 16 meses.
- **Obligaciones del afiliado:** El **AFILIADO** estará obligado en todos los casos y para todos los servicios que le serán brindados a mantenerse al día en el pago del crédito contratado.
- **Medios habilitados por MOK para presentar reclamos:** En caso de reclamo, el **AFILIADO** cuenta con buzón de correo de **MOK**: [sacmok@grupomok.com](mailto:sacmok@grupomok.com) o en los Centros de Atención al cliente de **TIENDAS MARCIMEX**. **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** podrá ejercer los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.

### 2. DETALLE DE ASISTENCIAS:

**Aló Doctor:** El **AFILIADO** y los miembros de su familia podrán realizar consultas vía telefónica a un profesional médico, pediátrico o geriátrico respecto a temas de medicina general, cuidado de enfermedades específicas, enfermedades pediátricas, enfermedades geriátricas, entre otros temas relacionados.

**Condiciones del Servicio:** Este servicio, para el **AFILIADO** y los miembros de su familia, se brindará manera ilimitada durante la vigencia de la asistencia.

**Médico a Domicilio:** En caso de que el **AFILIADO** o un miembro de la familia requiera la evaluación de un médico por alguna enfermedad o molestia en su domicilio (situaciones que no sean emergencias), a solicitud de éste, **MOK** gestionará el envío de un médico general al domicilio o al lugar donde el Afiliado indique siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita en la localidad donde se encuentre el Afiliado. 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. Los exámenes que deba realizarse el Afiliado, así como los demás gastos que deriven de dicha asistencia médica, serán pagados por el afiliado con sus propios recursos. El **Afiliado** en todo momento deberá supervisar la prestación de los servicios.

**Condiciones del Servicio:** El servicio será brindado siempre que el **AFILIADO** realice un pago único de S/ 30.00 (Treinta Soles), el número máximo de servicios es de cuatro (04) al año. En caso el servicio exceda el monto máximo anual de la asistencia, la diferencia deberá ser

asumida por el **Afiliado** y el pago deberá ser realizado en efectivo a la persona que presta el servicio.

**Pediatra a Domicilio:** En caso de uno de los hijos del **AFILIADO** requiera la evaluación de un médico pediatra por alguna enfermedad o molestia en su domicilio (situaciones que no sean emergencias), a solicitud de éste, **MOK** gestionará el envío de un médico pediatra al domicilio o al lugar donde el **Afiliado** indique siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita en la localidad donde se encuentre el Afiliado. 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. Los exámenes que deba realizarse el **Afiliado**, así como los demás gastos que deriven de dicha asistencia médica, serán pagados por el afiliado con sus propios recursos. El **Afiliado** en todo momento deberá supervisar la prestación de los servicios.

Condiciones del Servicio: El servicio será brindado siempre que el **AFILIADO** realice un pago único de S/ 30.00 (Treinta Soles), el número máximo de servicios es de cuatro (04) al año.

**Enfermera a Domicilio:** En caso que el **AFILIADO** o un miembro de su familia necesite de una enfermera calificada, para la medición de la presión y/o colocación de inyecciones, **MOK** gestionará el envío de una enfermera al domicilio o al lugar donde el Afiliado indique.

Condiciones del Servicio: El servicio será brindado siempre que el **AFILIADO** realice un pago único de S/ 30.00 (Treinta Soles). No incluye medicamentos. La solicitud del servicio debe realizarse mínimo 36 horas útiles antes del servicio. El Afiliado en todo momento deberá supervisar la prestación de los servicios. Se cubrirá un máximo de cuatro (04) servicios al año y 02 horas por día, no acumulable para siguientes periodos.

**Daño Accidental:** **MOK** a través de su red de servicios cubrirá el costo de la reparación del electrodoméstico adquirido (no incluye celulares) durante los siguientes 30 días, hasta el monto máximo del valor del electrodoméstico. En caso el electrodoméstico no pueda ser reparado se procederá a la entrega de una Gift Card por el valor de la boleta, considerando descuento y/u ofertas, para la adquisición de un nuevo producto electrodoméstico. Para reparación y cambio del producto aplica un pago del 30% del valor del electrodoméstico.

Se entiende como daño accidental cualquier daño ocasionado por un accidente repentino e imprevisto como consecuencia de causas externas que afecte el funcionamiento operativo del electrodoméstico. Estos daños deben ser provocados por acto ajeno a la voluntad del **AFILIADO**.

Condiciones del Servicio: El servicio podrá ser brindado para un (01) servicio y para sólo un producto del ticket de compra hasta el valor comercial de ese producto en específico, debiendo el **AFILIADO** realizar un pago único del 30% del precio del producto que figura en la boleta.

### 3. RESTRICCIONES DEL SERVICIO:

Este servicio no será brindado cuando ocurra lo siguiente:

- Cuando el **AFILIADO** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Los resultantes de los servicios que el **AFILIADO** haya contratado sin el previo consentimiento de **MOK**.
- Los derivados de prácticas deportivas en competencias;
- Mala fe del **AFILIADO**, 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 sea solicitado con más de 48 horas posteriores al momento de la emergencia o situación de asistencia.
- Cuando el **AFILIADO** no se identifique como **AFILIADO** de los **SERVICIOS**.
- Deportes de aventura como parapente, ala delta, puenting, etc.
- Preexistencia de enfermedades relacionadas a las asistencias indicadas en este documento.
- Se excluyen celulares

**MOK** queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor le sea imposible prestar las acciones de asistencia prescritas en este producto, sin perjuicio de las indemnizaciones a que hubiere lugar, las que pagarán contra la presentación de los comprobantes de gastos respectivos que presente el **AFILIADO** y hasta concurrencia de los límites que se señalan anteriormente y siempre que tenga la autorización explícita de **MOK** para realizar el gasto.

### 4. 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) 700-6656 para Lima y 0-800-78-456 para Provincias o a través del correo electrónico [atencion.asistencia@grupomok.com](mailto: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 o enviar correo electrónico, el **Afiliado** deberá indicar los siguientes datos:

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

(\*) Datos del **Afiliado** 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 de la solicitud de asistencia correspondiente.

Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, **MOK** le prestará al **Afiliado** 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** 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 **INTEGRA RETAIL** ni frente al **AFILIADO**.

Toda llamada a nuestra Central de Asistencias o correo electrónico enviado será considerada por **MOK** como declaración o parte de la solicitud de asistencia, por lo que el **AFILIADO** autoriza expresamente a **MOK** para que todas las llamadas o correos sean registrados en forma automática, con el fin de que quede constancia de las solicitudes del **AFILIADO**.

---

### Glosa Informativa para el Cliente

**Mediante los siguientes párrafos el titular de la afiliación declara conocer las restricciones de los servicios ofrecidos como contraprestación del pago de la ASISTENCIA PROTECCION TOTAL ELECTRO, sus límites y sus requisitos, siendo los siguientes:**

**Esta asistencia no cubre los siguientes casos:**

- a) Los resultantes de los servicios que el AFILIADO haya contratado sin el previo consentimiento de MOK.
- b) Mala fe del AFILIADO, comprobada por el personal de MOK o si en la petición mediare mala fe.
- c) Cuando el AFILIADO no se identifique como AFILIADO de los SERVICIOS.
- d) Entrenamientos (profesional o amateur): Los accidentes o enfermedades que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación en toda clase de competencias.
- e) MOK queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor le sea imposible prestar las acciones de asistencia prescritas en este documento. No obstante, lo anterior, MOK podrá pagar al asegurado los gastos asumidos por este último, pero sólo contra presentación de los comprobantes de gastos respectivos y hasta concurrencia de los límites que se señalan anteriormente, y con autorización previa de MOK.
- f) Los que tuvieren su origen o fueren consecuencia de terremoto o temblor de tierra, erupción volcánica, inundación u otros fenómenos similares de la naturaleza.
- g) Los que tuvieren su origen o fueran una consecuencia directa o indirecta de guerra declarada o no, guerra civil, conflictos armados, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, desorden popular u otros hechos que alteren la seguridad interior del Estado o el orden público.
- h) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso.
- i) Que el asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos.
- j) Enfermedades congénitas.
- k) Peleas, riñas o actos relacionados.

8

---

El titular de la afiliación declara conocer que debe comunicarse a la central de Tiendas MARCIMEX al 700-6656 para Lima y 0-800-78-456 para Provincias.

**Nombre del Titular de la afiliación:** \_\_\_\_\_

**DNI y/o RUC:** \_\_\_\_\_

**Nro. Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nro. Boleta y/o Factura:** \_\_\_\_\_

**Firma del Titular de la afiliación:** \_\_\_\_\_ **Huella digital:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_