

Certificado N° XXXXXXXXXXXXXXXX

Póliza Seguro de Desgravamen Alfin Banco S.A.

Adecuado a la ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza Grupo N° 61100084

DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación Social: Alfin Banco S.A.

RUC: 20517476405

Domicilio: Av. Pershing Ex Faustino SA 465 Int. 801

Distrito: Magdalena

Provincia: Lima

Departamento: Lima

Teléfono Fijo: (01) 613 0004

Página web: www.alfinbanco.pe

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Tipo de Doc. ☒ DNI ☐ CEX **N° Doc.** XXXXXXXX

Fecha de Nac.: XX/XX/XX

Sexo: XXXXXXXX

Estado Civil: XXXXXXXXXXXXXXXX

Ocupación: XXXXXXXXXXXXXXXX

Dirección: XX

Distrito: XXXXXXXXXXXXXXXX

Provincia: XXXXXXXX

Departamento: XXXXXXXXXXXXXXXX

Telf. Celular: XXXXXXXXXXXXXXXX

Correo Electrónico: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

INTERÉS ASEGURADO

Cancelación de la suma asegurada, entiéndase el Saldo Insoluto del préstamo suscrito con EL CONTRATANTE (saldo capital del préstamo a la fecha del siniestro) en caso se produzca alguno de los riesgos cubiertos.

VIGENCIA DEL SEGURO

Se inicia desde que EL CONTRATANTE efectúe el desembolso del crédito a EL ASEGURADO. Asimismo, la cobertura se mantendrá vigente en tanto: (i) EL ASEGURADO realice el pago puntual y completo de las cuotas del crédito suscrito con EL CONTRATANTE, (ii) se encuentre vigente el crédito asegurado antes descrito, (iii) la póliza de desgravamen de ALFIN BANCO suscrita con LAASEGURADORA se mantenga vigente; y, (iv) EL ASEGURADO se encuentre dentro de los rangos de edad establecidos en el presente certificado.

DATOS DEL BENEFICIARIO

El beneficiario de la cobertura del presente seguro es ALFIN BANCO siempre que se determine la procedencia de la cobertura de muerte o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado, La Compañía pagará a ALFIN BANCO hasta donde alcancen sus acreencias del monto máximo establecido del saldo de la deuda por Asegurado.

DATOS DEL PRÉSTAMO

Moneda: Nuevos soles

Plazo del Préstamo: XXXX meses

Forma de Pago: PRIMA ÚNICA ADELANTADA

Importe del Préstamo: XXXXXXXXXXXXXXXX

Tipo de Préstamo: XXXXXXXXXXXXXXXX

MAPFRE Perú Vida Compañía de Seguros y Reaseguros(en adelante la Compañía) con Ruc 20418896915 deja constancia que la(s) persona(s) indicada(s) en este certificado se encuentra(n) amparada(s) por la Póliza Grupo de Desgravamen Soles N° 61100084, emitidas a favor de los clientes titulares de créditos vigentes (Asegurados) de ALFIN BANCO, identificada con RUC 20517476405, para los riesgos materia del seguro hasta el límite de la suma asegurada, siempre que proceda la aceptación de la cobertura de seguro y la póliza se encuentre vigente a la fecha de producirse un eventual siniestro.

Las comunicaciones cursadas por los Asegurados a ALFIN BANCO, por aspectos relacionados a este contrato de seguro tendrán los mismos efectos como si hubieren sido presentadas a La Compañía. Los pagos efectuados por los Asegurados a ALFIN BANCO se consideran abonados a La Compañía.

"DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y FIRMADO EL CERTIFICADO ENTREGADO POR EL CONTRATANTE, EL CUAL CONSTA DE SEIS (6) PÁGINAS, INCLUIDO EL ANEXO".

CÓDIGO SBS V12047410006

XX/XX/XX

Fecha de Solicitud

Firma del Asegurado



Director Unidad de Vida

F.I. 10 - 2021

PRIMA MENSUAL

Rango de Desembolso	Tasa Comercial	% de Cargos por Comercialización
Plan 1: Hasta S/ 1,999	0.2248%	5.25%
Plan 2: De S/ 2,000 hasta S/ 2,999	0.1833%	4.23%
Plan 3: De S/ 3,000 hasta S/ 4,999	0.1818%	3.73%
Plan 4: De S/ 5,000 a más	0.1383%	2.67%

COMISIÓN POR INTERMEDACIÓN DEL CORREDOR DE SEGUROS

Bróker	6.50% de la tasa compañía
--------	---------------------------

RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURAS	DEFINICIÓN
Muerte Natural	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas naturales.
Muerte Accidental	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas accidentales.
Invalidez Total Permanente y Definitiva por Accidente o Enfermedad	Es la pérdida o disminución física o intelectual igual o superior al 70% de su capacidad de trabajo, reconocida por LA COMPAÑÍA según dictamen médico expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP, COMEC) o mediante Certificado de Invalidez expedido por ESSALUD o Ministerio de Salud (Instituto Nacional de Rehabilitación - INR).

COBERTURA DEL SEGURO

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Muerte Natural	Saldo insoluto (saldo capital) del crédito a la fecha del fallecimiento por muerte natural o accidental del asegurado o al momento en que se produzca la invalidez total y permanente del ASEGURADO, ya sea por accidente o por enfermedad.
Muerte Accidental	
Invalidez Total Permanente y Definitiva por Accidente o Enfermedad	
Asistencias	Detalladas en el Anexo 1

SUMAASEGURADA MAXIMA: Créditos hasta S/ 30,000 por ASEGURADO, hasta la cancelación total del crédito. Si un asegurado tiene dos o más líneas de crédito aseguradas bajo la misma póliza, la Compañía de Seguros en caso de siniestro indemnizable solo asumirá hasta la suma máxima de S/ 30,000 por los saldos insolutos de las líneas de crédito. La suma asegurada no incluye intereses compensatorios, moratorios ni gastos adicionales

CONDICIONES DE AFILIACIÓN DEL SEGURO

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente edades:

Sumas Aseguradas Máximas por Asegurado	Límite de Ingreso	Límite de Permanencia
Hasta S/ 30,000	74 años y 364 días	76 años y 364 días

Se deja establecido que, si en cualquier momento la persona hubiera excedido los límites de edad establecidos, se dará por concluida la cobertura respectiva, quedando La Compañía obligada únicamente a reintegrar las primas pagadas luego de dichos límites, aun cuando dicha inexactitud se descubra después del fallecimiento o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado.

DATOS PERSONALES

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe la presente solicitud autoriza de forma expresa a Mapfre Perú Vida Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante LA COMPAÑÍA, el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales y datos sensibles para los efectos de lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del

Contrato de Seguros, ejecución de los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar LA COMPAÑÍA, así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de LA COMPAÑÍA.

Asimismo, autoriza en forma expresa a que LA COMPAÑÍA encargue el tratamiento de los datos personales a un tercero y que realice un procesamiento automatizado o no con dichos terceros. Los datos proporcionados podrán ser incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas que forman parte del Grupo Económico al cual pertenece LA COMPAÑÍA.

Adicionalmente, MAPFRE SEGUROS podrá, a su sola decisión, remitir los documentos antes indicados al correo electrónico indicado por el Asegurado Titular en el presente documento”.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- El Asegurado manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de forma voluntaria.
- El ASEGURADO manifiesta que la información suministrada y contenida en el certificado de seguro es verídica reconociendo que la misma constituye la base del contrato de seguro y que una declaración inexacta implica la nulidad de la póliza de acuerdo al Art. 376 del Código de Comercio y a la nueva Ley del Contrato de Seguro N° 29946.
- El ASEGURADO declara que de manera previa a la contratación del seguro:
 - Ha sido debidamente informado de todas las Condiciones generales, particulares y especiales, que hubiese.
 - Ha recibido un Certificado que contiene las especificaciones de la póliza.
- El Asegurado declara conocer que el presente producto presenta obligaciones a su cargo, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- El Asegurado declara conocer que, dentro de la vigencia del contrato de seguro, se encuentra obligado a informar a la Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- Mediante la suscripción de la presente Certificado, el Asegurado autoriza a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado.

EXCLUSIONES

- Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro.
- Suicidio consciente y voluntario dentro de los primeros 2 años de vigencia completo e ininterrumpido. La auto mutilación o autolesión.
- Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos, duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- Guerra, invasión u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como operaciones o viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Para esto se considerará que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5gr/lt de alcohol en la sangre, según dosaje etílico y si dicho estado guarda relación con el fallecimiento.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR COBERTURAS

Plazo, Lugar y Medio para comunicar el Siniestro: Deberán comunicarlo a La Compañía o a ALFIN BANCO a través de cualquiera de sus agencias. Se podrá solicitar las coberturas del seguro dentro del plazo de prescripción (diez años) dispuesto por la Ley del Contrato de Seguro y demás normas que resulten aplicables.

En caso de Siniestro se deberán presentar los documentos que se detallan a continuación:

COBERTURA	DOCUMENTOS A PRESENTAR
POR MUERTE NATURAL	• Copia simple DNI del asegurado, • Copia de Certificado de Defunción completo: ambas cara, donde se indique la causa de fallecimiento. • Acta o Partida de Defunción, en original o copia certificada. • Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso. • Certificado de Desgravamen y copia de solicitud. • Ampliación Médica o Historia Clínica, de ser necesaria.
POR MUERTE ACCIDENTAL	• Copia simple DNI del asegurado. • Copia del Certificado de Defunción y/o Certificado de Necropsia (incluye protocolo de autopsia). • Acta o Partida de Defunción, en original o copia. • Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso. • Certificado de Desgravamen y copia de solicitud. • Copia del Atestado o Informe Policial. • Resultado de exámenes (Químico Toxicológico, Dosaje Etílico, Anátomo Patológico, etc.) de haberse realizado.
POR INVALIDEZ TOTAL, PERMANENTE Y DEFINITIVA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	• Copia simple DNI del asegurado. • Dictamen médico expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP, COMEC) o mediante Certificado de Invalidez expedido por ESSALUD, Ministerio de Salud o Instituto Nacional de Rehabilitación. • Copia del Atestado o Informe Policial. (por accidente) • Resultado de exámenes practicados (Químico Toxicológico, Dosaje Etílico, Anátomo Patológico, etc.) (por muerte accidental). • Ampliación Médica o Historia Clínica, de ser necesaria. • Certificado de Desgravamen. • Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros efectuada fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguro o de un promotor de seguro, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, EL CONTRATANTE tiene derecho de arrepentimiento, el cual no está sujeto a penalidad alguna, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la póliza o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios podrán presentar sus quejas y/o reclamos a la Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de su recepción. Podrán plantearse consultas y/o reclamos formales de manera gratuita a través de los siguientes canales:

Consultas:

- Comunicación dirigida al presidente del Grupo Mapfre indicando: tipo de solicitante (*), nombre completo, número del documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa de la consulta y/o hecho reclamado y documentos que adjunta.
- (*) Tipo de solicitante (Contratante, ASEGURADO, Beneficiario, Corredor u otro: especificar)
- A través de la página Web de MAPFRE Perú, enlazándose al link "Atención de Consultas y/o Reclamos".
- Oficina Principal de LA COMPAÑÍA: Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima 18, Perú, teléfono 213-3333 (En Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia).
Página Web: www.mapfre.com.pe

Reclamos y/o Quejas:

- Comunicación dirigida al presidente del Grupo Mapfre indicando: tipo de solicitante (*), nombre completo, número de documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del Producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa del hecho reclamado y documentos que adjunta.
- "Libro de Reclamaciones Virtual" en cualquiera de las oficinas a nivel nacional de LA COMPAÑÍA. Podrá adjuntar de ser el caso documentos que sustentan su reclamo y/o queja.
- A través de la página Web de MAPFRE Perú <http://www.mapfreperu.com> enlazándose al link de "Libro de Reclamaciones" (Reclamos y/o Queja)

Los reclamos deben efectuarse dentro de los plazos de prescripción establecidos por Ley. En caso el usuario no se encuentre conforme con los fundamentos de la respuesta, puede acudir a la Defensoría del ASEGURADO, ubicada en Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro y/o al INDECOPI, ubicada Calle de la Prosa 104, San Borja. Para cualquier consulta respecto a su reclamo, puede comunicarse con la Central de Atención al Cliente al teléfono 213-3333 (en Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia) o dirigirse a las plataformas de Atención al Cliente de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias. La relación completa de oficinas de LA COMPAÑÍA se encuentra disponible en la Página Web (www.mapfre.com.pe).

MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP: Los Laureles 214, San Isidro - Lima - Perú / Teléfonos: 630-9000 / www.sbs.gob.pe

INDECOPI: Calle de la Prosa 104, San Borja / Teléfonos: 224 7800 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias) / www.indecopi.gob.pe

Defensoría del Asegurado: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro, Lima Perú / Telefax: 421-0614 / www.defaseg.com.pe

IMPORTANTE: La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las Condiciones de la Póliza Grupo N° 61100084 que obra en poder del CONTRATANTE o LA COMPAÑÍA.

Mediante la firma del presente documento, el Asegurado Titular declara conocer todos los documentos que conforman la Póliza de Seguro de Desgravamen N° 61100084 (Soles). No obstante, el Asegurado también declara haber tomado conocimiento los términos y condiciones que conforman el presente certificado de seguro, habiendo visualizado su contenido en la página web www.alfinbanco.pe.

Finalmente, declara que después de acceder dicha página web, ha descargado e impreso los documentos que ha visualizado previamente.

Adicionalmente, MAPFRE Perú Vida pondrá, a su sola decisión, remitir los documentos antes indicados al correo electrónico indicado por el Asegurado Titular en el presente documento".

Certificado N°

Póliza Seguro de Desgravamen Alfin Banco

Adecuado a la ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza Grupo N° 61100084

ANEXO N° 1 – ASISTENCIAS

MOK brindará a los asegurados los servicios que se indican en el presente documento y que se refiere a una o varias contingencias que puedan sufrir los clientes de **ALFIN BANCO** dentro del producto.

PERSONAS BENEFICIARIAS DE LOS SERVICIOS

Son aquellas personas que a través de un crédito ofrecido por ALFIN BANCO puedan acceder a las Asistencias de Sepelio. El beneficio se otorga al Titular del crédito. La edad máxima de afiliación del titular es hasta los 74 años y 364 días. No se entregará cobertura a ninguna persona que tenga 75 años en adelante, siendo la permanencia máxima de cobertura hasta los 76 años y 364 días. La cobertura será entregada siempre y cuando se mantenga vigente en el crédito otorgado por ALFIN BANCO y el titular esté al día en sus pagos. Los beneficiarios directos están definidos por: derechohabientes legales (cónyuges e hijos) y, en caso de no tenerlos, la responsabilidad directa se trasladaría a padres del titular.

RESUMEN DE COBERTURAS

- Cofre fúnebre de línea básica.
- Base de Velación.
- Porta Cirios.
- Ofrenda floral.
- Sala de velación hasta por 24 horas.
- Oficio religioso.
- Traslados de restos a casa o iglesia.
- Carroza fúnebre.
- Traslado local para acompañantes.
- Preparación del cuerpo.
- Aviso de defunción en prensa.
- Trámite certificado de defunción.
- Servicio de Sepultura o Cremación: nicho o cremación.
- Asesoría y acompañamiento a la familia.

DETALLE DE COBERTURAS

En caso el AFILIADO / TITULAR fallezca como producto de un accidente y/o enfermedad, MOK prestará la cobertura de sepelio, siempre y cuando las causas no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones especificadas para esta cobertura.

MOK entregará esta cobertura a modo de servicio.

En ningún caso se efectuará el reembolso al cliente, a menos que MOK se defina un acuerdo con el representante del AFILIADO / TITULAR debido a motivos relacionados a la falta de cobertura en la zona geográfica donde se requiera la misma o por algún motivo similar que impida a MOK poder ejecutar las prestaciones descritas en este documento. El monto de cobertura para el titular es de S/12,000.

Periodos de carencia:

- No se tiene período de carencia para fallecimiento a causa de accidente.
- 30 días: cubre fallecimiento por cualquier enfermedad exceptuando insuficiencia renal, esclerosis múltiple, infarto al miocardio, evento cerebrovascular, intervención en las arterias coronarias, cáncer o sida siempre y cuando no sean preexistentes al momento de la contratación del Servicio.

De existir un exceso en el gasto, que supere los S/12,000, el cliente deberá abonar la diferencia. Antes de ejecutar el servicio MOK deberá validarlo con el solicitante.

Vigencia: Plazo del crédito (de acuerdo a su cronograma original).

OBLIGACIONES DEL AFILIADO

- Obtener la autorización expresa de MOK a través de la Central de Atención 700 – 6628 en Lima y al 0800 - 78038 en Provincias, antes de comprometer cualquier gasto o realizar acciones por iniciativa propia.
- El AFILIADO debe identificarse ante MOK para poder prestarle los servicios.
- El AFILIADO no será atendido por MOK, en el caso que ALFIN BANCO haya notificado la suspensión del servicio de la asistencia de Sepelio, lo cual se produce al día siguiente de una cuota vencida y/o impagada del préstamo personal contratado.

EXCLUSIONES

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

- Muerte por narcóticos y estupefacientes
- Homicidio.
- 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 consentimiento de MOK.
- Mala fe del AFILIADO, comprobada por el personal de MOK o si en la petición mediare mala fe.
- Cuando el AFILIADO no se identifique como AFILIADO de los SERVICIOS.
- Entrenamientos (profesional o amateur): Los accidentes o enfermedades que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación en toda clase de competencias.
- La compañía 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, la compañía 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.
- Los que tuvieren su origen o fueren consecuencia de terremoto o temblor de tierra, erupción volcánica, inundación u otros fenómenos similares de la naturaleza.
- Los que tuvieren su origen o fueren 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.
- Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de cuerpos de seguridad.
- Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- Cualquier servicio solicitado con más de 48 horas posteriores al momento del siniestro.
- Participación del AFILIADO / TITULAR en deportes de aventura como parapente, ala delta, puenting, etc.
- La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso.
- Que el asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos.
- Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa.
- Enfermedades congénitas.
- Peleas, riñas.
- En el caso ALFIN BANCO indique la baja del servicio por falta de pago o alguna contingencia similar, el AFILIADO / Titular no será atendido por MOK.

La compañía 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.

PROCEDIMIENTO SOLICITUD DE SERVICIO

Todos los servicios enumerados en el presente documento deberán ser solicitados a través del número de asistencia 700 – 6628 en Lima y al 0800 - 78038 en Provincias, durante las 24 horas del día, los 365 días del año. Los referidos servicios serán atendidos por MOK con la mayor prontitud posible. En caso la necesidad del servicio no haya sido comunicada a MOK durante el plazo estipulado, MOK no estará obligado a entregar la cobertura.

Al momento de llamar el AFILIADO deberá indicar alguno de los siguientes datos (se le solicitarán algunos o todos dependiendo del servicio requerido):

- **Nombre y Apellidos (*).**
- **DNI (*).**
- **Dirección.**
- **Número de Teléfono.**
- **Tipo de servicio que precise.**

(*) Información obligatoria para todo tipo de asistencia.