

Solicitud-Certificado Seguro Vida Grupo Betterfly
Código SBS N° VI2027200233
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

DATOS DE LA COMPAÑÍA

Razón Social	Interseguro Compañía de Seguros S.A.
RUC	20382748566
Dirección	XXXXXXXXXX
Teléfono	XXXXXX
Página Web	XXXXXX

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social	
RUC	
Dirección	
Teléfono	
Correo Electrónico	

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	
Primer nombre:	Segundo nombre:	Sexo:
Tipo Doc. Identidad:	N° Doc. Identidad:	Fecha Nacimiento:
Dirección:	Distrito:	
Provincia:	Departamento:	Teléfono Fijo:
Celular:	Correo electrónico:	

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Denominación del Producto	
Riesgo	Vida Grupo
Moneda	
Fecha de inicio de vigencia	
Fecha de fin de vigencia	
Plazo de vigencia	XXXXXXXXXX
Lugar y forma de pago	
Frecuencia de pago de primas	

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edad mínima de ingreso XX años	Edad máxima de ingreso Hasta antes de cumplir xxx años	Edad máxima de permanencia XXXXX
-----------------------------------	---	-------------------------------------

BENEFICIARIOS

XXXXXXX

COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

Riesgos Cubiertos	Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia (1)
<u>Principal</u>			
Fallecimiento Natural			
Fallecimiento Accidental			
<u>Adicionales (X)</u>			
(Cláusulas Adicionales)			

MONTO DE PRIMA COMERCIAL

Riesgos Cubiertos	Rango de edad	TASA ANUAL (‰)(2)	Suma Asegurada (3)	Prima Comercial (4)	Prima Bruta (incluye IGV)
<u>Principal</u>					
Fallecimiento Natural					
Fallecimiento Accidental					
<u>Adicionales (X)</u>					
(Cláusulas Adicionales)					

La suma asegurada es variable por cada asegurado y cobertura en base a los siguientes límites:

hasta los xx años

Fallecimiento Natural: suma asegurada máxima xxxxx

Fallecimiento Accidental: suma asegurada máxima xxxxx

Coberturas adicionales: xxxxxxxx

entre xx y xx años

Fallecimiento Natural: suma asegurada máxima xxxxx

Fallecimiento Accidental: suma asegurada máxima xxxxx

Coberturas adicionales: xxxxxxxx

La suma asegurada variable será actualizada por el Contratante, periódicamente. La nueva suma asegurada se mantendrá vigente hasta una nueva actualización. Los cambios de suma asegurada serán informados en forma periódica por el Contratante.

(1) Vigencia Máxima

(2) Es la tasa de tarifa anual por mil de suma asegurada para cada cobertura

(3) Los valores están expresados en [Moneda], cuyo tipo de cambio será lo establecido de acuerdo a la entidad financiera que el Contratante ha elegido para el pago de prima.

(4) Prima anual se obtiene del producto de la tasa anual y la suma asegurada para cada cobertura, en base a esta prima se calculará la prima comercial.

Frecuencia de Pago

TCEA (%)

COMISIONES

Información del Corredor de Seguros:

Nombre : XXX

Código de Registro : XXX

Porcentaje de Comisión : XX%, calculado sobre la prima comercial

Información del Comercializador:

Nombre : XXX
RUC : XXX
Porcentaje de Comisión : XX%, calculado sobre la prima comercial

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 o a través del Portal del Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

El riesgo cubierto por la presente póliza es el fallecimiento natural y fallecimiento accidental del Asegurado, por lo que de ocurrir un siniestro al Asegurado, la Compañía pagará por única vez al(los) Beneficiario(s) la suma asegurada indicada en el presente documento.

La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en esta Solicitud-Certificado del Seguro.

DESCRIPCIÓN DE LAS CLÁUSULAS ADICIONALES

XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXX

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre:

1. Suicidio, a menos que hubieran transcurrido un (01) año completo e ininterrumpido 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. Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o partícipe, por uno o más beneficiarios o por quienes pudieren reclamar la suma asegurada, sin perjuicio del derecho que les asiste a los demás beneficiarios no partícipes de dicho acto, de reclamar el porcentaje o alícuota correspondiente de la suma asegurada.
4. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, terrorismo, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
5. Fisión o fusión nuclear, así como contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
6. 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.
7. 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/lt de alcohol en la sangre; o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda

[EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA CLÁUSULA ADICIONAL XXXXXX

En caso de contratarse alguna(s) Cláusula(s) Adicional(es), completar aquí las exclusiones]

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En caso de comercialización a través de comercializadores o utilizando mecanismos de comunicación a distancia, dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el Asegurado recibe la póliza, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa ni penalidad alguna, y en tanto no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el presente contrato, comunicando su decisión a los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Asimismo, se procederá a devolver la prima recibida dentro de los treinta (30) días siguientes contados desde la recepción de la solicitud, no sujeta a penalidad alguna.

Asimismo, cuando la oferta de la presente póliza se haya efectuado por Corredores y éstos hayan utilizado sistemas de comercialización a distancia, resultará aplicable el Derecho de Arrepentimiento, conforme a lo establecido en el artículo 31 de la Resolución SBS N° 809-2019.

PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DE SU INCUMPLIMIENTO

El periodo de pago de prima comprende desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza y culmina en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares, en la Solicitud-Certificado de seguro o hasta la fecha de fallecimiento del Asegurado, en caso este último evento ocurriera antes. La frecuencia de pago de prima será señalada por La Compañía en el Condicionado Particular o en la Solicitud-Certificado de la póliza.

La Prima Comercial será pagada por el Contratante y en la fecha de vencimiento que se detalla en las Condiciones Particulares, a través de las instituciones bancarias y financieras autorizadas para el cobro, conforme a la modalidad elegida por el Contratante y consignada en las Condiciones Particulares.

El incumplimiento del pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, La Compañía deberá comunicar de manera cierta al Contratante y/o Asegurado, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo con el que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentra suspendida.

En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias.

Se considerará resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del día en que el Contratante recibió una comunicación escrita de La Compañía informando sobre esta decisión.

Cuando la resolución se produzca por incumplimiento en el pago de la prima, La Compañía tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

No obstante lo anteriormente señalado, si La Compañía optase por no reclamar el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía.

Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagas correspondientes al periodo cubierto.

Sin perjuicio de lo expuesto, La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Contratante que produzcan atrasos en el pago de la Prima.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

La póliza se resolverá, perdiendo todo derecho emanado de la misma, a partir de la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes causales conforme a la forma y plazos señalados en cada supuesto:

1. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12 "Solicitud de Resolución sin expresión de causa del Contrato".
2. Por falta de pago de prima, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 8 "Pago de Prima y Consecuencias del Incumplimiento".

La Solicitud-Certificado se resolverá, perdiendo todo derecho emanado de la misma, a partir de la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes causales conforme a la forma y plazos señalados en cada supuesto:

- 1) Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12 "Solicitud de Resolución sin expresión de causa del Contrato".
- 2) Cuando se solicite la cobertura del seguro fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas según el procedimiento establecido en el último párrafo del Artículo N° 15 "Aviso del siniestro y solicitud de cobertura".
- 3) El Asegurado tiene derecho a revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento, en caso el Contratante y el Asegurado sean personas distintas. En este supuesto la cobertura cesa desde la recepción de dicho documento y la prima no devengada será devuelta al Contratante.

En caso el Contratante o el Asegurado optase por la resolución del Contrato o Solicitud-Certificado, respectivamente; La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido no resultando aplicables penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al período no devengado.

La Compañía procederá con la devolución de la prima no devengada, teniendo como plazo para la devolución diez (10) días hábiles contados desde la fecha de presentación de la solicitud de resolución o de la revocación del consentimiento. Para el caso de la solicitud de cobertura fraudulenta, la devolución se realizará en los diez (10) días hábiles siguientes, contados desde la notificación de la resolución.

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

El Contratante podrá solicitar la resolución sin expresión de causa del contrato, para lo cual deberá acreditarse como tal ante Interseguro. Si el Contratante tuviese algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado deberá otorgar un poder notarial para que un tercero lo realice en su nombre, a través de una carta poder con firma legalizada. En caso el Asegurado desee resolver la Solicitud-Certificado de Seguro, este requerimiento será canalizado por el Contratante.

Dicho trámite podrá efectuarse en los Centros de Servicio de Atención al Cliente, que figuran detallados en la web de la Compañía (www.interseguro.pe), o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro.

Interseguro procederá a realizar la 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 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

La relación contractual establecida con el Contratante, regulada mediante la presente póliza, será nula por causal existente al momento de su celebración, es decir no tiene valor legal alguno, en los siguientes casos:

1. Si al tiempo de la celebración del contrato se hubiera producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produjera.

Cabe precisar que la póliza será indisputable para la Compañía si transcurren dos (2) años desde su celebración, excepto cuando la reticencia o falsa declaración sea dolosa y causa directa del siniestro.

Para todas las causales, el Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado bajo esta póliza.

En el supuesto del numeral 1, el Asegurado, por concepto de penalidad, perderá todo derecho sobre las primas pagadas a La Compañía por el primer (1) año de vigencia de la relación contractual. Para las demás causales, La Compañía realizará la devolución de las primas.

La devolución de las primas pagadas se realizará quince (15) días después a la comunicación de la nulidad.

Si el Asegurado y/o Beneficiarios designados ya hubieran cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a La Compañía el capital percibido, más intereses legales, gastos y tributos a que hubiera lugar. Dicho monto será compensado con la prima pendiente de devolución por parte de la Compañía, si lo hubiere. Los gastos serán debidamente sustentados.

AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA BÁSICA

El aviso del siniestro deberá ser comunicado a través de cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

El plazo para efectuar la solicitud de la cobertura corresponderá al plazo de prescripción legal vigente a la fecha en que ocurrió el siniestro. Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años de ocurrido el siniestro o, en caso de fallecimiento del Asegurado, de conocido el beneficio por parte del beneficiario.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso del siniestro establecido en la presente cláusula no genera la pérdida de los derechos que pudiese tener el Beneficiario en virtud del presente seguro.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura, en caso el Asegurado fallezca durante la vigencia de la póliza, el Beneficiario, su tutor o curador, según corresponda, acreditándose como tal, podrá exigir el pago de la suma asegurada presentando al Centro de Atención al Cliente de La Compañía los siguientes antecedentes:

1. Original o copia certificada del Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo, emitido por el médico, Hospital o Clínica que certificó el deceso. (La compañía validará en el portal web de Reniec que se haya inscrito el fallecimiento del asegurado).
2. Copia simple del Documento de identidad del(los) Beneficiario(s) del seguro en caso estos sean menores de edad o extranjeros. Respecto a los beneficiarios mayores de edad, bastará que indiquen su número de DNI.
3. Copia certificada de la partida registral de la sucesión testada o intestada que acredite la calidad del(los) Beneficiario(s) del seguro, de ser necesario, conforme al Artículo N° 6.
4. Certificación de reproducción notarial del documento en que se designa al tutor o curador del Beneficiario, según corresponda y la constancia de su inscripción en Registros Públicos.
5. Copia de reproducción notarial de la Historia clínica completa foliada y fedateada.

Si es que la muerte del asegurado fue causada por un accidente deberá presentar adicionalmente lo siguiente:

- Original o copia certificada del Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, expedido por la Policía Nacional del Perú - PNP, de ser el caso.
- Original o copia certificada del Certificado y protocolo de necropsia completo, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, en caso corresponda.
- Original o copia certificada del resultado de dosaje etílico, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, en caso corresponda.
- Original o copia certificada del resultado de Análisis Toxicológico, emitido por el Instituto de Medicina Legal, en caso corresponda.

Se deja expresa constancia que, en caso de muerte natural, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud donde se diagnosticó la enfermedad que causó el deceso del Asegurado, la cual deberá contener el Informe Anatomopatológico del diagnóstico inicial, en caso corresponda; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso, siempre que el establecimiento de salud donde se produjo el deceso sea diferente al que se pronunció sobre el diagnóstico de la enfermedad, de corresponder.

En caso de muerte accidental, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud que realizó la atención médica del accidente que causó el deceso del Asegurado; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso, siempre que el establecimiento de salud donde se produjo el deceso sea diferente al que brindó la atención médica del accidente, de corresponder.

De requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Beneficiario, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, desde la presentación de todos los documentos detallados en la póliza, para consentir, aprobar o rechazar el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

1. Para el consentimiento expreso, una vez que el Beneficiario haya presentado todos los documentos requeridos en la presente póliza, siempre y cuando de dichos documentos se desprenda que el siniestro se encuentra bajo la cobertura del presente seguro y no se encuentra en las exclusiones del mismo; y que el seguro se encuentre vigente. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento dentro de los treinta (30) días de presentada la solicitud de cobertura.
2. Para el consentimiento tácito, si transcurridos más de treinta (30) días calendario de presentados todos los documentos exigidos para la liquidación del siniestro en la presente póliza La Compañía no se manifestara sobre la procedencia o no de la solicitud de cobertura.

Sin perjuicio de lo antes indicado, cuando La Compañía requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, deberá solicitarle al Beneficiario la ampliación del plazo. Si el Beneficiario no lo aprueba, La Compañía podrá presentar la solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta (30) días. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad. A falta de pronunciamiento dentro de dicho plazo, se entiende aprobada la solicitud.

Si transcurrido el plazo adicional otorgado por la Superintendencia La Compañía no se pronunciara sobre la procedencia de la solicitud, esta se entenderá tácitamente aprobada, realizándose el pago de la suma asegurada.

Sin embargo, si se diera el caso en que el Contratante, Beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, empleen, con o sin conocimiento, medios o documentos falsos, dolosos o engañosos a fin de sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios de la póliza, se aplicará el Artículo N° 11 Resolución del Contrato quedando resuelto el presente contrato. Para ello la Compañía, al momento de detectar la ocurrencia de los supuestos antes mencionados, mediante carta formal comunicará al Contratante o Beneficiarios su decisión de resolver la póliza en virtud de lo aquí establecido, sin perjuicio de cumplir con los requisitos de rechazo de siniestro que prevé el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros

De requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Beneficiario, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, desde la presentación de todos los documentos detallados en la póliza, para consentir, aprobar o rechazar el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

3. Para el consentimiento expreso, una vez que el Beneficiario haya presentado todos los documentos requeridos en la presente póliza, siempre y cuando de dichos documentos se desprenda que el siniestro se encuentra bajo la cobertura del presente seguro y no se encuentra en las exclusiones del mismo; y que el seguro se encuentre vigente. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento dentro de los treinta (30) días de presentada la solicitud de cobertura.
4. Para el consentimiento tácito, si transcurridos más de treinta (30) días calendario de presentados todos los documentos exigidos para la liquidación del siniestro en la presente póliza La Compañía no se manifestara sobre la procedencia o no de la solicitud de cobertura.

Sin perjuicio de lo antes indicado, cuando La Compañía requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, deberá solicitarle al Beneficiario la ampliación del plazo. Si el Beneficiario no lo aprueba, La Compañía podrá presentar la solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta (30) días. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad. A falta de pronunciamiento dentro de dicho plazo, se entiende aprobada la solicitud.

Si transcurrido el plazo adicional otorgado por la Superintendencia La Compañía no se pronunciara sobre la procedencia de la solicitud, esta se entenderá tácitamente aprobada, realizándose el pago de la suma asegurada.

Sin embargo, si se diera el caso en que el Contratante, Beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, empleen, con o sin conocimiento, medios o documentos falsos, dolosos o engañosos a fin de sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios de la póliza, se aplicará el Artículo N° 11 Resolución del Contrato quedando resuelto el presente contrato. Para ello la Compañía, al momento de detectar la ocurrencia de los supuestos antes mencionados, mediante carta formal comunicará al Contratante o Beneficiarios su decisión de resolver la póliza en virtud de lo aquí establecido, sin perjuicio de cumplir con los requisitos de rechazo de siniestro que prevé el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros

[REQUISITOS ESPECÍFICAS PARA LA CLÁUSULA ADICIONAL XXXXXX

En caso de contratarse alguna(s) Cláusula(s) Adicional(es), completar aquí los requisitos]

CANALES DE ORIENTACION PARA EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA

Para solicitar información sobre el procedimiento de solicitud de cobertura podrá hacerlo a través de nuestros de Centros de Atención al cliente.

PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS

Los requerimientos y/o reclamos serán recibidos a través de cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente. La respuesta de los mismos será comunicada al cliente en un periodo no mayor de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud, mediante el medio pactado por el usuario.

Centro de Atención al Cliente:

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

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 Luis Fernán Bedoya Reyes 3071, 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 PA

1. Mecanismo de solución de controversias

1.1 Vía Judicial: Toda controversia, disputa, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre el Asegurado, Contratante o Beneficiario y La Compañía, referido a la validez del contrato de seguro del que da cuenta esta póliza, o que surja como consecuencia de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquier indemnización u obligación referente a la misma.

2. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias, según corresponda

En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante, Asegurado o Beneficiario podrá acudir a las siguientes instancias:

2.1 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, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro, Lima – Perú; Telefax: 421-0614).

2.2 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, teléfono: 224-7777).

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O COASEGURO

No aplica.

IMPORTANTE:

- La Solicitud-Certificado de Seguro y demás documentos vinculados con la póliza, serán enviados al correo electrónico declarado por el Asegurado
- 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 Comercializador recibe la solicitud presentada por el Asegurado.
- Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado, Beneficiarios al Comercializador, 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 al Comercializador se consideran 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.

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

Fecha