

Solicitud - Certificado de Seguro de Protección para Tarjeta de Débito

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Código SBS N° RG2024120095 | Póliza N° 5000001

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: Interseguro Compañía de Seguros S.A. **RUC:**20382748566
Dirección: Av. Pardo y Aliaga N° 634, San Isidro **Provincia:** Lima **Departamento:** Lima
Centro de Atención al Cliente (Lima): Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro
Teléfono: 611-4700 **Fax:** 611-4720 **Correo electrónico:** servicios@interseguro.com.pe

DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación o Razón Social: Banco Internacional del Perú – Interbank **RUC:** 20100053455
Dirección: Jr. Carlos Villarán N° 140, Urb. Santa Catalina, La Victoria
Departamento: Lima **Teléfono:** 311-9000

DATOS DEL ASEGURADO

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 (Ca. / Av. / Jr. / Pj.): _____ **N° / Mz. / Lt:** _____ **Dpto. / Of. / Int.:** _____ **Distrito:** _____ **Provincia:** _____

Departamento: _____ **Teléfono Fijo:** _____ **Celular:** _____ **Correo electrónico:** _____

Ocupación: _____ **Relación del Asegurado con el Contratante:** Cliente que mantiene una Tarjeta de débito con el Contratante

BENEFICIARIO

Para la cobertura de MUERTE ACCIDENTAL A CONSECUENCIA DE ROBO Y/O ASALTO Y/O SECUESTRO los beneficiarios son los herederos legales según las normas sucesorias. Para las demás coberturas, el beneficiario es el propio Asegurado.

AUTORIZACIÓN DE CARGO EN CUENTA

Por el presente, autorizo se sirvan efectuar de acuerdo a la periodicidad escogida los cargos a mi:

Tarjeta Débito **Moneda:** Soles Dólares

Nro. Cuenta: _____ Ahorros Ahorros Millonaria Cuenta Corriente

Tarjeta de Crédito **Moneda:** Soles Dólares Visa Mastercard American Express

N° Tarjeta: _____ **Fecha Vencimiento:** Mes Año

Por el concepto de prima de seguro: "Protección de Tarjeta de Débito". En caso se realice cambio de la tarjeta de crédito, autorizo al Contratante a comunicar el nuevo número de plástico a la Compañía. Asimismo, autorizo a la Compañía a continuar efectuando los cargos de acuerdo al plan contratado para el pago de prima derivado de la presente póliza.

MONTO DE PRIMA COMERCIAL

PLAN		Dólares Americanos(*)
PLAN 1	Prima mensual	<input type="checkbox"/> US\$ 1.55

(*) Importe referencial en nuevos soles para fines informativos al tipo de cambio de S/. 2.80 (Ley N° 29571), este importe variará de acuerdo al tipo de cambio de Interbank en la fecha de pago o cargo. La cuota se cargará en la moneda de la cuenta de cargo.

Canal de Venta Tienda IB Banca Telefónica Módulos CTV Convenios Televentas Otros: _____

Registro de Vendedor _____ **N° Tienda / N° Supervisión** _____

DATOS DE LA PÓLIZA

Tipo de Riesgo: Robo y asalto **Moneda:** La misma pactada según el plan elegido por el Asegurado

Fecha de inicio de vigencia: Desde las 00:00 horas del día siguiente de la fecha de: (i) La firma de la solicitud del seguro por parte del Asegurado, siempre que éste mantenga su tarjeta Asegurada Principal activa, o

(ii) La activación de la tarjeta Asegurada Principal cuando se trate de un Asegurado que adquiera la tarjeta en conjunto con la suscripción del seguro.

Fecha de término de vigencia: Hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución o hasta el xx/xx/xx, lo que ocurra primero.

Plazo de vigencia: Anual, con renovación automática hasta culminar el mes que cumple los 66 años de edad.

Lugar y forma de pago: De acuerdo a lo pactado con el Asegurado.

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS		Dólares Americanos (**)
1.	Indemnización por robo y/o asalto y/o secuestro	1er evento: US\$ 1,000 2do evento: US\$ 500
2.	Fallecimiento accidental a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro	US\$ 20,000
3.	Gastos médicos por hospitalización a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro	US\$ 50 diarios, máximo 30 días
4.	Reembolso de documentos por robo y/o asalto y/o secuestro	Hasta por US\$ 200

CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O COASEGURO: Para el caso de gastos por hospitalización, el Asegurado asumirá el pago correspondiente a tres días de hospitalización.

PERIODO DE CARENCIA: La vigencia y cobertura del seguro se activará a las 24 horas de su suscripción.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: Proteger al Asegurado contra pérdidas económicas, gastos médicos por hospitalización o muerte accidental a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta de débito asegurada.

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
18 años	Hasta antes de cumplir 61 años	Hasta culminar el mes que cumple 66 años

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA: El presente seguro tiene como objeto otorgar protección al Asegurado en caso de robo y/o asalto y/o secuestro en los términos definidos en el Artículo N° 1 siempre que motiven el uso indebido de la(s) tarjeta(s) de débito amparadas por el seguro y en tanto sea cometido por una persona con quién el Asegurado no tiene una relación dentro del cuarto grado de consanguinidad y primero de afinidad.

Las coberturas y sumas aseguradas a las que puede acceder el Asegurado se detallan a continuación:

- Indemnización por robo y/o asalto y/o secuestro:** Se cubre al Asegurado por robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta de débito, siempre que ésta haya sido obtenida en forma ilícita y mediando la fuerza, por robo y/o asalto y/o secuestro, hasta un monto máximo señalado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud - Certificado de Seguro. Son materia de cobertura solo los usos indebidos desde la hora que figura en la denuncia correspondiente hasta por un máximo de 4 horas o hasta el momento del bloqueo de la tarjeta de débito. Se entenderá como usos indebidos aquellos usos de la(s) tarjeta(s) asegurada(s) cuyos movimientos no son reconocidos por el Asegurado. El bloqueo de la tarjeta debe realizarse dentro de las 4 horas de ocurrido el siniestro, salvo caso fortuito o fuerza mayor debidamente acreditado.
- Fallecimiento accidental a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro:** Si la lesión al Asegurado al producirse el robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta de débito asegurada causara la muerte del mismo, indemnizaremos a los herederos legales hasta el beneficio máximo señalado en la Solicitud - Certificado de Seguro y en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- Gastos médicos por hospitalización a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro:** Si las lesiones sufridas por el Asegurado, a consecuencia de un robo y/o asalto y/o secuestro, hace necesario incurrir en gastos de hospitalización, La Compañía pagará por concepto del tratamiento médico incluyendo medicinas y exámenes especializados; los cuales serán reembolsados de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares y Solicitud - Certificado, hasta por un lapso de treinta (30) días, en exceso de los tres (3) primeros días de hospitalización. Dichos gastos no excederán el monto establecido en la Solicitud - Certificado de Seguro y las Condiciones Particulares de la Póliza.
- Gastos extraordinarios para la obtención de duplicado de documentos robados:** Si en el robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta de débito asegurada sustraen documentos personales del Asegurado, La Compañía indemnizará hasta el monto, por cliente para los gastos de duplicados y reposición de estos documentos u otras tarjetas, señalado en la Solicitud - Certificado de Seguro y en las Condiciones Particulares de la Póliza. El beneficio se pagará contra documentos que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos.

CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES: Durante la vigencia del contrato La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de cuarenta y cinco (45) días puedan analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante será de forma previa y por escrito. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado.

La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DE INCUMPLIMIENTO: Las primas serán pagadas mensualmente en dólares americanos o su equivalente en moneda nacional, conforme lo señalado en la Solicitud - Certificado de Seguro. Este pago será cargado todos los meses directamente a la cuenta de la entidad financiera correspondiente que el Asegurado designe. 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 Asegurado y al Contratante, 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 período 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 o de la Solicitud-Certificado, según corresponda, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias.

Se considerará resuelto el contrato de seguro o la Solicitud-Certificado, según corresponda, en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del día en que el Contratante recibió una comunicación escrita de La Compañía informándole 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 período 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 la Solicitud-Certificado queda extinguida sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía. Sea que la Solicitud-Certificado quede resuelta o extinguida por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas devengadas por el período efectivamente cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente sustentados por La Compañía. Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Cliente o Contratante a alguna empresa financiera, en caso que este seguro se comercialice a través de ella tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía.

EXCLUSIONES: Este seguro no cubre lo siguiente: (i) Reclamos provenientes de cualquier transacción que no sea la extracción de dinero en efectivo; (ii) Tarjetas "corporate" o "lodge"; (iii) Robo o secuestro, así como gastos médicos o muerte accidental como consecuencia del robo o secuestro, cuando el evento sea imputable a una persona con quien el Asegurado tenga una relación dentro del cuarto grado de consanguinidad y primero de afinidad; (iv) Actos delictivos o cualquier intento de cometerlos por parte del Asegurado; (v) El hecho de que el Asegurado esté voluntariamente bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sea recetado por un médico, al momento de la ocurrencia del robo, asalto o secuestro. Asimismo, el estado de embriaguez o drogadicción del Asegurado, salvo se compruebe que fue inducido por el delincuente para facilitar el robo o asalto o secuestro. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente; (vi) Guerra, invasión, actos enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar usurpado. Utilización de armas nucleares, químicas o biológicas de destrucción masiva como quiera que fueran distribuidas o combinadas; (vii) Cualquier acto intencional por parte de un beneficiario del Asegurado o persona que habita la casa del Asegurado que ocasiona lesión corporal o amenaza con ocasionar lesión corporal al Asegurado, incluyendo actos realizados en defensa propia o en la defensa de un tercero. Se considera intencional cualquier lesión a consecuencia de una arma de fuego o punzo cortante o cualquier otro instrumento letal, que ocurre durante dicho acto; (viii) Motín o remoción del gobierno legalmente constituido o conmoción civil adquiriendo las proporciones de levantamiento o explosión de armas de guerra o actividades terroristas; (ix) Que el Asegurado emprenda o tome parte en operación o servicios navales, militares o de la fuerza aérea; (x) El suicidio, intento de suicidio o lesiones Intencionales auto infligidas o que el Asegurado se encuentre en estado de insania, salvo que ya hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro o desde la rehabilitación de la Póliza; (xi) Enfermedad, padecimiento o infección bacterial de cualquier tipo, a excepción de infecciones que surgen a consecuencia de una lesión accidental ocurridas en el asalto; (xii) Hernia, independientemente de la causa; (xiii) Cuando el uso indebido de la tarjeta es atribuida a algún familiar que resida en el mismo domicilio del titular de la tarjeta; (xiv) Cualquier costo, cargo o gasto del banco o institución financiera similar o del Asegurado para establecer la existencia o el monto de la pérdida o que sean incurridos en razón de cualquier procedimiento legal que surja como consecuencia de cualquier incidente; (xv) Efectivo que quedó desatendido en un lugar público o robo en automotores desatendidos; (xvi) Cuando la tarjeta es robada o hurtada a una tercera persona que porta la tarjeta del cliente; (xvii) Uso de cualquier tarjeta corporativa o de otro tipo cuyo uso no está restringido a un tenedor de tarjeta; (xviii) Bajo los términos del amparo de robo y/o secuestro, no se reembolsara al Asegurado por la pérdida de cualquier otro instrumento negociable, incluyendo cheques de viajero, como tampoco cualquier otro dinero en la posesión del Asegurado en el momento de ocurrir la robo y/o secuestro; (xix) Servicios o tratamientos prestados por cualquier persona contratada por el tomador; (xx) Procedimientos médicos experimentales, aquellos aprobados por las Guías Prácticas Clínicas reconocidas; (xxi) Cirugía cosmética o procedimientos cosméticos, a excepción de cirugía reconstructiva para la corrección de un desorden físico; (xxii) La habitación y los alimentos en el hospital en exceso de la tarifa que corresponde a la de un cuarto privado, a menos que el Asegurado este hospitalizado en una unidad de terapia intensiva; (xxiii) Gastos médicos por los cuales el Asegurado tiene el derecho a prestaciones bajo los términos de cualquier ley de compensación laboral; (xxiv) Hurto o pérdida de la tarjeta asegurada; (xxv) Usos indebidos que se produzcan más de 4 horas después de la hora del siniestro, según figure en la denuncia policial, salvo que el Asegurado haya bloqueado la tarjeta en este lapso; (xxvi) Daños o pérdidas o responsabilidades relacionadas con fallas en el reconocimiento electrónico de fechas.

No procederá ningún reembolso bajo los términos de cualquier amparo otorgado por esta póliza, sin verificación por escrito de la pérdida, incluyendo, sin limitación, un acta levantada ante la policía dentro del transcurso de las 24 horas después de ocurrir el incidente, así como un registro en donde se documentan la fecha, hora y el monto de la compra.

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA: Cualquier Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa de su afiliación al contrato, para lo cual deberá notificar con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación: a) Carta dirigida al Contratante o a la Compañía en la que se manifieste expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato. b) Original y copia del Documento Nacional de Identidad.

Dicho trámite podrá realizarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, en los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.com.pe), en el domicilio del Contratante, o a través del mismo mecanismo de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante o el Asegurado tuviesen 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. La Compañía procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de la resolución sin expresión de causa. El contrato y/o la Solicitud-Certificado quedará resuelto una vez transcurridos treinta (30) días de la recepción de la solicitud de resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

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

a. Cuando se reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 9 del Condicionado General.

b. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado o La Compañía, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7 del Condicionado General.

c. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13 del Condicionado General.

d. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver la Solicitud-Certificado. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

e. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado o que no se pronuncie sobre el mismo, cuando el Asegurado 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 treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En caso La Compañía, el Contratante o Asegurado optase por la resolución sin expresión de causa del Contrato o Solicitud-Certificado, respectivamente, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado. La devolución de la prima se realizará en forma directa por La Compañía, en el caso del Contratante, o a través del Contratante, en el caso del Asegurado. En los demás casos mencionados, tanto respecto de la póliza como de la Solicitud-Certificado, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada deduciendo los gastos administrativos correspondientes, los mismos que serán debidamente sustentados. La devolución de la prima no devengada se realizará en la forma descrita en el párrafo anterior.

Para los casos antes mencionados, La Compañía procederá con la devolución de la prima no devengada, teniendo como plazo para la devolución diez (10) días hábiles posteriores a la resolución.

AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA:

1) **En caso de robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta asegurada:** El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía o al Contratante dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro, según corresponda. Posteriormente, el procedimiento para solicitar la cobertura es el siguiente:

- (i) Bloquear mediante la llamada a la central del banco la tarjeta sustraída, y obtener el código de bloqueo correspondiente dentro de un plazo no mayor de 4 horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor.
- (ii) Presentar la denuncia policial de inmediato, en la delegación donde se dieron los hechos dentro de un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor.
- (iii) El Asegurado o la persona que está actuando en su representación deberá acercarse al Contratante con:
 - a. Copia de la denuncia policial (realizada en un plazo no mayor a 24 horas de ocurrido el siniestro)
 - b. Fotocopia del Documento de Identidad del Titular de la Tarjeta de Débito.
 - c. Informe escrito emitido por el Banco donde se detalle el movimiento de las cuentas o al extracto bancario respecto a la reclamación indicando el monto de las compras realizadas indebidamente.

Asimismo, La Compañía dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) que la Compañía tiene para la evaluación del siniestro, podrá requerir una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido

2) **En caso de Fallecimiento a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro:** El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía o al Contratante dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Posteriormente, para la solicitud de cobertura el beneficiario o la persona que está actuando en su representación debe acercarse al Comercializador con los siguientes documentos:

- (i) Carta simple dirigida a La Compañía.
- (ii) Copia de la denuncia policial (realizada en un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas de ocurrido el siniestro).
- (iii) Original o copia legalizada del Certificado médico de defunción.
- (iv) Original o copia legalizada de la Partida de defunción.
- (v) Original o copia legalizada del atestado policial completo, en caso corresponda.
- (vi) Original o copia legalizada del protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.

3) **En caso de gastos médicos por hospitalización a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro:** El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía o al Contratante dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Posteriormente, para solicitud la cobertura, el Asegurado debe presentar lo siguiente:

- (i) Original o copia legalizada del informe médico que detalle el tratamiento efectuado, y los días de hospitalización requeridos,

(ii) Original de recetas, solicitudes de exámenes y resultados de los mismos que permita validar a La Compañía la atención recibida por el Asegurado.

4) **En caso de reembolso de documentos por robo y/o asalto y/o secuestro:** El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía o al Contratante dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia. Posteriormente, para la solicitud de cobertura el Asegurado o la persona que está actuando en su representación debe dejar una carta simple dirigida a la Compañía adjuntando la copia de la denuncia policial y los documentos que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos.

En todas las coberturas, de requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, para consentir el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada. Los documentos que se requieran en el presente artículo deberán ser entregados en los Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador.

En la presente póliza, entiéndase que la “copia legalizada” hace referencia a la certificación de reproducción notarial, de conformidad con el Artículo N° 110 del Decreto Legislativo N° 1049.

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS: Los requerimientos y/o reclamos serán recibidos, en cualquier momento, vía fax, correo, llamadas telefónicas o correo electrónico en cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente. La respuesta de los mismos será comunicada al cliente por medio escrito, en un periodo no mayor de 30 días desde la recepción de la solicitud. **El área de Atención al Cliente es la encargada de atender los reclamos.**

Centros de Atención al Cliente

Lima Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro Central de Atención al Cliente (Lima): 500-0000 Fax: 611-9255	Arequipa Av. Víctor Andrés Belaunde Mz. B Lote 3, Umacollo Central de Atención al Cliente (Arequipa): (054) 603101
--	--

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

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: Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima – Perú; Telefax: 446-9158).

2.2 El Instituto 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).

2.3 Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840.

IMPORTANTE:

- El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la póliza del seguro a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días calendario, desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- En la presente Solicitud-Certificado se encuentra contenido el resumen de la póliza del seguro. El Asegurado declara haber recibido la Solicitud - Certificado.
- La Compañía es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas en la póliza. En este sentido, la Compañía es la responsable de todos los errores u omisiones que incurra la empresa del sistema financiero con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
- Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiera dirigido a La Compañía, así como los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante, se consideran abonados a La Compañía.
- 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.
- Para el caso de las pólizas comercializadas por el canal de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.

MECANISMO DE COMUNICACION PACTADO

De acuerdo a lo establecido en el Art. N° 24 del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros (Res. SBS N° 3199-2013), el Asegurado declara su conformidad para que el mecanismo de comunicación asociado a la póliza sea mediante uno de los siguientes medios:

Correo electrónico Dirección de envío de correspondencia

El Asegurado deja expresa constancia de su aprobación, acordando que desde la fecha de suscripción del presente documento, el envío de promociones, cartas y/u otra documentación, será recibida a través del medio de comunicación previamente elegido.

CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES

Ley de Protección de Datos Personales (Ley N° 29733 – Dec. Supremo N° 003-2013-JUS)

El titular de los datos personales otorga a Interseguro Compañía de Seguros S.A. (en adelante Interseguro) su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para: i) Incorporar sus datos personales sensibles o no, al Banco de Datos de Clientes ubicado en las instalaciones de Interseguro. ii) Tratar sus datos personales y/o sensibles (*), que hubieran sido proporcionados directamente a Interseguro o aquellos que pudieran encontrarse en fuentes de acceso para el público, utilizando dicha información para tratamientos que supongan desarrollo de acciones comerciales, incluyendo la realización de estudios de mercado, elaboración de perfiles de compra, evaluaciones financieras, gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (incluyendo evaluaciones de seguros, procesamiento de datos, gestión de cobranzas, remisión de correspondencia, entre otros).

Ofertar productos y/o servicios que pudieran ser de su interés de forma directa o por intermedio de terceros (vía medio físico, electrónico o telefónico) de publicidad, información, obsequios, ofertas y/o promociones (personalizadas o generales) de productos y/o servicios de Interseguro y/o de otras empresas del Grupo Intercorp y sus socios estratégicos, entre las que se encuentran aquellas difundidas en el portal de la Superintendencia del Mercado de Valores (www.smv.gob.pe) así como en el portal www.intercorp.com.pe/es. Para tales efectos, el(los) titular(es) de los datos personales autoriza(n) a Interseguro la cesión, transferencia o comunicación de sus datos personales, a dichas empresas y entre ellas.

Se informa al titular de los datos personales (clientes y/o asegurados), que pueden ejercer sus derechos (derecho a la información, acceso, actualización, rectificación, supresión o cancelación, oposición y tutela de sus datos personales) presentando su solicitud en nuestras oficinas de atención al cliente; o mediante un correo electrónico dirigido a: servicios@interseguro.com.pe.

En señal de conformidad a todos los acuerdos contenidos en el presente documento, se suscribe la presente a losdías del mes de 20.....

Firma del Asegurado Titular

Lugar y Fecha de emisión

Firma de Representante de la Compañía



(*) Se entiende como “datos personales” a toda información que me identifica o la información sobre una persona identificada, y “datos sensibles” a aquellos datos personales referidos a la esfera más íntima y personal.