



**CONDICIONES GENERALES
VIDA LEY CESANTE CON TOPE Y TASA LIBRE
CÓDIGO SBS VI2028200131**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA LEY CESANTE CON TOPE Y TASA LIBRE

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES

Asegurado: Persona natural que al momento de su cese laboral goza de la cobertura del seguro de Vida Ley con la Compañía y opta por solicitar, dentro del plazo de treinta (30) días calendario, la emisión de una póliza de Vida Individual de acuerdo a lo establecido por la Ley de Consolidación de Beneficios Sociales - Decreto Legislativo N° 688 y que figura como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

Accidente: Aquel producido por la acción imprevista, fortuita y/o ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del Asegurado independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Beneficiario(s): Persona(s) natural (les) señaladas en el Artículo N° 1 de la Ley de Consolidación de Beneficios Sociales - Decreto Legislativo N° 688; los beneficiarios son: cónyuge o conviviente, a que se refiere el artículo N° 321 del Código Civil y los descendientes, solo a falta de estos corresponde a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años. Los beneficiarios deben estar indicados en la Declaración Jurada de Beneficiarios.

Asegurador o La Compañía: Interseguro Compañía de Seguros S.A.

Capital Asegurado o Suma Asegurada: Monto contratado para cada cobertura, pagadero en caso de siniestro, el cual figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por La Compañía para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la Póliza de seguro.

Condiciones Particulares: Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado en el cual se indican: el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del Asegurado y el Beneficiario, si lo hubiere, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, forma de pago de primas, vigencia del contrato, entre otros.

Contratante: Persona natural que contrata la Póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la misma. En la presente Póliza el Contratante es siempre el Asegurado.

Contrato de Seguro: Acuerdo de voluntades por el cual La Compañía se obliga frente al Contratante a cambio del pago de una prima, a indemnizar al Asegurado o a un tercero, dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza de seguro, en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

Declaración Jurada de Beneficiarios: Manifestación escrita del Contratante, sobre los beneficiarios del seguro de vida. Es requisito indispensable que dicha declaración jurada contenga la firma del Contratante legalizada notarialmente o por el Juez de Paz a falta de notario.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Aquella invalidez producida como consecuencia de un accidente y que sea generada por alguno de los siguientes casos:

- a) Estado absoluto e incurable de alienación mental o descerebración que impida efectuar al Asegurado trabajo u ocupación alguna por el resto de su vida.
- b) Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.
- c) Pérdida total de la visión de ambos ojos.
- d) Pérdida completa de ambas manos.
- e) Pérdida completa de ambos pies.
- f) Pérdida completa de una mano y de un pie.
- g) Otros que pudieran establecerse por Decreto Supremo.

Se entiende por pérdida total la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro y/o sentido lesionado.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente por Accidente y por Muerte. Por consiguiente, si esta última ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente por Accidente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

Fallecimiento Natural: Deceso del Asegurado por cualquier causa con excepción de lo indicado en Fallecimiento Accidental. Esta definición de fallecimiento natural no alcanza al suicidio o lesiones autoinflingidas por el Asegurado, salvo que la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente por dos (2) años.

Fallecimiento Accidental: Aquel producido por la acción imprevista, violenta, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del Asegurado independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Póliza: Es el documento emitido por La Compañía en el que consta el Contrato de Seguro, Condiciones Generales, Particulares, Especiales, Resumen de Condiciones Generales, Endosos, Anexos, solicitud del seguro, así como los documentos que contienen otras declaraciones efectuadas por el Contratante o Asegurado, con ocasión de la contratación del seguro. En él se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.

Póliza Vida Ley Cesante: La presente Póliza de Vida Ley con Tope y Tasa Libre, contratada por un ex trabajador asegurado anteriormente por una Póliza de Vida Ley, emitida por esta Compañía.

Prima Comercial: Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la empresa.

Prima no devengada: La fracción de la prima que ha sido pagada por adelantado para obtener cobertura durante un periodo determinado, y que es proporcional al periodo no transcurrido.

Remuneración Asegurable: Las remuneraciones asegurables, son aquellas que el trabajador percibe de manera habitual, con excepción de las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente; las que figuran en la planilla electrónica tratándose de empresas que cuenten con más de tres trabajadores o las que figuren en los libros de planilla cuando la cantidad de trabajadores sea menor. Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo se considera el promedio de las percibidas en los últimos tres meses. Estas remuneraciones asegurables, sirven de base para el pago del capital o póliza, aún cuando estas sufran variaciones por efecto de incrementos u otros motivos remunerativos, hasta el tope de una remuneración máxima asegurable, aplicable al seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio del Sistema Privado de Pensiones establecida por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Legislativo N° 688 y sus modificatorias.

Solicitud de Seguro: Documento en el que consta la voluntad del cliente de contratar el seguro, cuyo formato es elaborado por La Compañía.

ARTÍCULO N° 2: RIESGOS CUBIERTOS Y SUMAS ASEGURADAS

Los riesgos cubiertos y sumas aseguradas garantizadas por este seguro son los siguientes:

- a) Por fallecimiento natural del trabajador se abonará a sus beneficiarios dieciséis (16) remuneraciones sobre la base de la Remuneración Mensual declarada.
- b) Por fallecimiento del trabajador a consecuencia de un accidente, se abonará a los beneficiarios treinta y dos (32) remuneraciones sobre la base de la Remuneración Mensual declarada.
- c) Por invalidez total o permanente del trabajador originada por accidente se abonará treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas sobre la base de la remuneración mensual declarada.

Si el Asegurado declarase una remuneración mensual mayor o menor a la última percibida antes del cese, la obligación de La Compañía será en base a la última remuneración mensual percibida antes del cese, debiendo La Compañía recalcular la prima y devolver la fracción de los pagos en exceso, de ser el caso.

ARTÍCULO N° 3: PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables bajo esta Póliza los trabajadores que al momento de su cese laboral, se encuentren asegurados bajo la cobertura de la Póliza Vida Ley contratada con La Compañía, siempre y cuando soliciten el seguro dentro de los treinta (30) días calendario, siguientes al término de la relación laboral.

ARTÍCULO N° 4: EXCLUSIONES

No aplican a este producto.

ARTÍCULO N° 5: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de 15 días contados desde que el Contratante recibe la póliza, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, comunicando su decisión al Centro de Atención al Cliente de La Compañía, a las oficinas del comercializador o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. La Compañía, devolverá la prima recibida la misma que no está sujeta a penalidad alguna.

ARTÍCULO N° 6: BENEFICIARIOS DEL SEGURO

En caso de fallecimiento, el Capital Asegurado será pagado al(los) Beneficiario(s) de acuerdo a lo establecido en el Decreto Legislativo N° 688: "Los beneficiarios son el cónyuge o conviviente y los descendientes, a falta de estos corresponden a los ascendientes y hermanos menores de 18 años". En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el Capital Asegurado será pagado al propio Asegurado.

La Compañía indemnizará el siniestro a los beneficiarios que figuren en la Declaración de Beneficiarios suscrita por el Asegurado, o en el testamento si éste es posterior a la declaración. En caso de no existir los documentos antes mencionados, se indemnizará a los beneficiarios que aparezcan en la sucesión intestada debidamente inscrita en Registros Públicos y que sean los que menciona el Artículo N° 1 del Decreto Legislativo N° 688.

El beneficio en todos los casos se pagará en partes iguales a los beneficiarios.

ARTÍCULO N° 7: RENOVACIÓN DEL SEGURO

EL Asegurado podrá solicitar a La Compañía la renovación de esta Póliza, por un periodo igual al inicialmente contratado, para lo cual deberá manifestar por escrito su decisión con treinta (30) días de anticipación a su vencimiento y pagar la prima correspondiente dentro de dicho plazo. La prima será calculada en base a las tasas que figuran en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 8: 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 a su aplicación 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.

ARTICULO N° 9: PRIMAS

Las primas son calculadas periódicamente en base a las tasas establecidas por La Compañía de acuerdo a la edad del asegurado. Estas tasas se aplican a la suma asegurada calculada en base a la Remuneración Mensual declarada por su ex empleador, al cese de sus labores.

El pago de prima es anual calendario y deberá hacerse por adelantado a La Compañía.

En caso de Resolución de Contrato por adquisición de otra Póliza de Vida Ley al ser contratado por un nuevo empleador, La Compañía procederá a la devolución de un porcentaje de la prima no devengada, especificado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO N° 10: EFECTO DEL NO PAGO DE PRIMA

La prima será pagada por el Contratante en las fechas indicadas en el Condicionado Particular.

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/o 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. 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 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 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 devengadas por el período efectivamente cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento, los cuales serán debidamente sustentados.

ARTICULO Nº 11: REHABILITACIÓN LEGAL

En caso que el contrato de seguro se encuentre suspendido por incumplimiento del pago de primas conforme al artículo 9º, la cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente en el que el Contratante realice el pago total de las primas o cuotas vencidas. La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante, mientras que la Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver el contrato o éste no se haya extinguido.

ARTÍCULO Nº 12: NULIDAD DEL CONTRATO

La presente póliza será nula por causal existente al momento de su celebración, es decir sin valor legal alguno en los siguientes casos:

- (i) Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la póliza para asumir el riesgo. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada.**

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de La

Compañía se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, La Compañía está obligada a restituir el exceso de la prima percibida, sin intereses.

- (ii) Si al tiempo de la celebración del contrato se había producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los mismos que serán debidamente sustentados.
- (iii) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los mismos que serán debidamente sustentados.

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

La Compañía realizará la devolución de las primas en sus Centros de Atención al Cliente dentro del plazo indicado en la comunicación de 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. Los gastos serán debidamente sustentados.

ARTÍCULO Nº 13: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza quedará resuelta, perdiendo todo derecho emanado de la misma, cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 14.
- b. Si reclaman fraudulentamente o se apoyan en documentos o declaraciones falsas, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 15.
- c. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 10. La Compañía tiene derecho al cobro de la misma de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.
- d. Cuando el Asegurado adquiera otra póliza de vida obligatoria con cualquier compañía del mercado asegurador nacional, en cuyo caso, La Compañía devolverá la prima no devengada en un plazo máximo de quince (15) días calendario de resuelto el Contrato.

En el supuesto establecido en el literal d) el Asegurado deberá remitir una carta a la Compañía indicando la fecha de afiliación a la nueva póliza de vida ley obligatoria.

En caso La Compañía tomara conocimiento de esta última situación mencionada y ésta no haya sido informada por el Asegurado, el contrato se considerará resuelto desde la fecha en la que el Asegurado fue afiliado a la póliza de vida ley obligatoria, no teniendo derecho a la cobertura desde dicha fecha de afiliación

La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, así como devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado en los supuestos establecidos en los literales a) y d).

En los demás casos mencionados, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada deduciendo los gastos administrativos correspondientes, los mismos que serán debidamente sustentados.

Conforme a lo señalado en los párrafos anteriores, para los supuestos de los literales a) al d), 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.

ARTÍCULO N° 14: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

El Contratante podrá solicitar a La Compañía la resolución sin expresión de causa del presente contrato, para lo cual deberá notificar a La Compañía dicha decisión con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación:

- a. Carta dirigida 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 efectuarse 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 Comercializador o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. 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.

La Compañía procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada. El contrato terminará una vez transcurridos treinta (30) días de la recepción de la solicitud de la resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

ARTÍCULO N° 15: PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

1) Para Fallecimiento Natural

Al fallecimiento del Asegurado, La Compañía efectuará el pago de la suma asegurada que corresponda, de acuerdo a lo estipulado en las disposiciones legales vigentes sobre el particular, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas legales del deceso, incluyéndose dentro de estas:

- Copia del Documento Nacional de Identidad de los Beneficiarios
- Acta o partida de Defunción
- Certificado de Defunción Completo.

- Sucesión Intestada inscrita en Registros Públicos o el Testamento por Escritura Pública, si este es posterior a la Declaración Jurada de Beneficiario.

2) Para Fallecimiento Accidental

Adicionalmente a los requisitos señalados en el numeral anterior, se deberá presentar lo siguiente:

- Atestado policial completo, detallando fecha y circunstancia del accidente, en caso corresponda.
- Certificado y protocolo de necropsia, en caso corresponda.

3) Para Invalidez Total Permanente por Accidente

Ocurrido un accidente que genere una Invalidez Total y Permanente, según lo definido en el Artículo N° 1 “Definiciones”, el Asegurado o sus representantes legales, en caso de encontrarse aquel impedido, deberán comunicarlo por escrito a La Compañía, con los siguientes documentos:

- Copia del Documento Natural de Identidad del Asegurado.
- Dictamen de Invalidez Total y Permanente por Accidente emitido por una Comisión Médica Evaluadora de Incapacidad del Ministerio de Salud o de Essalud, conformada de acuerdo Ley; la COMAFP o la Comisión Médica de EPS.
- Denuncia Policial y/o Atestado Policial, en caso corresponda.
- Informes, declaraciones, certificados médicos o documentos relacionados a la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de pago de la Compañía.

En caso, el Contratante, Asegurado, Beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios de la presente Póliza, será de aplicación el Artículo N° 13, quedando el presente contrato resuelto. Para ello, la Compañía, al momento de detectar la ocurrencia de los supuestos antes mencionados comunicará al Contratante o Beneficiarios, mediante carta formal, su decisión de resolver la póliza en virtud de lo aquí establecido. La Compañía indicará en dicha comunicación el plazo para la resolución de la póliza.

El plazo para efectuar la solicitud de cobertura será el plazo prescriptorio legal vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

ARTÍCULO N° 16: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan por ley en el futuro sobre las primas, intereses o cualquier otra base y que afectaran el presente contrato serán de cargo del Contratante, del Asegurado o del Beneficiario, según sea el caso, salvo que por ley expresa fuesen de cargo de La Compañía.

ARTÍCULO N° 17: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre La Compañía y el Contratante, el Asegurado o sus Beneficiarios con motivo de esta póliza,

deberá efectuarse por escrito mediante carta o correo electrónico, dirigida al domicilio de La Compañía o al último domicilio físico o electrónico del Contratante o Asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Todo cambio de domicilio deberá ser comunicado previamente y por escrito a la otra parte para que surta efectos.

Las comunicaciones cursadas por el Asegurado a la empresa financiera que comercialice este seguro, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía.

ARTÍCULO Nº 18: COPIA DE LA PÓLIZA

En caso de extravío o destrucción de la Póliza, 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 quince (15) días calendarios desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.

ARTÍCULO Nº 19: PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS A LA COMPAÑÍA

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 treinta (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

San Isidro

Av. Paseo de la República 3071

Central de Atención al Cliente (Lima): 500-0000

Fax: 611-9255

Correo electrónico: servicios@interseguro.com.pe

Página web: www.interseguro.com.pe

Arequipa

Umacollo

Av. Víctor Andrés Belaunde Mz. B Lote 3

Teléfono: (054) 603 101

ARTICULO Nº 20: 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.