

N° \_\_\_\_\_

**Solicitud - Certificado de Seguro de Protección Débito**  
Código SBS N° RG2025700099

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Protección Débito  5000005 (S/.)  5000006 (US\$)

**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: xxxxxx RUC: xxx  
Dirección: xxx Provincia: xxx  
Departamento: xxx Teléfono: xxx

**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**

**PLAN BÁSICO:** En caso de la cobertura de FALLECIMIENTO ACCIDENTAL COMO CONSECUENTA DE ROBO Y/O ASALTO Y/O SECUESTRO los beneficiarios serán los herederos legales, y para la demás coberturas el beneficiario será el propio Asegurado.

**PLAN TOTAL:** En caso de la cobertura de FALLECIMIENTO ACCIDENTAL COMO CONSECUENTA DE ROBO Y/O ASALTO Y/O SECUESTRO o FALLECIMIENTO NATURAL o FALLECIMIENTO ACCIDENTAL o RENTA ALIMENTICIA POR FALLECIMIENTO, los beneficiarios serán los herederos legales, y para la demás coberturas el beneficiario será el propio Asegurado.

**AUTORIZACIÓN DE CARGO EN CUENTA**

Por el presente, con la firma de esta solicitud, autorizo expresamente 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 Débito" a favor del acreedor Interseguro Compañía de Seguros S.A. En caso se realice cambio de la tarjeta de crédito, autorizo a la Entidad Financiera 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	Mensual		Semestral		Anual	
<b>Protección Débito Básico</b>	<input type="checkbox"/> US\$ xx	<input type="checkbox"/> S/. xx	<input type="checkbox"/> US\$ xx	<input type="checkbox"/> S/. xx	<input type="checkbox"/> US\$ xx	<input type="checkbox"/> S/. xx
<b>Protección Débito Total</b>	<input type="checkbox"/> US\$ xx	<input type="checkbox"/> S/. xx	<input type="checkbox"/> US\$ xx	<input type="checkbox"/> S/. xx	<input type="checkbox"/> US\$ xx	<input type="checkbox"/> S/. xx

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:** Multiseguro | **Moneda:** La misma pactada en el Contrato de cuenta asociada a la Tarjeta de Débito

**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 xx años de edad de no haber ocurrido ninguna de las causales de resolución.

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

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

COBERTURAS	Protección Débito Básico		Protección Débito Total	
	US\$	S/.	US\$	S/.
1. Indemnización por robo y/o asalto y/o secuestro	Hasta US\$ xx por año	Hasta S/. xx por año	Hasta US\$ xx por año	Hasta S/. xx por año
2. Fallecimiento accidental a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro	US\$ xx por año	S/. xx por año	US\$ xx por año	S/. xx por año
3. Gastos médicos por hospitalización a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro	Hasta US\$ xx (Max. por 30 días)	Hasta S/.xx (Max. por 30 días)	Hasta US\$ xx (Max. por 30 días)	Hasta S/.xx (Max. por 30 días)
4. Gastos extraordinarios para la obtención de duplicado de documentos robados	Hasta US\$ xx	Hasta S/.xx	Hasta US\$ xx	Hasta S/.xx
5. Fallecimiento Natural	No aplica	No aplica	3 veces el saldo promedio Min. US\$ xx Max US\$ xx	3 veces el saldo promedio Min. S/. xx Max S/. xx
6. Fallecimiento Accidental	No aplica	No aplica	6 veces el saldo promedio Min. US\$ xx Max US\$ xx	6 veces el saldo promedio Min. S/. xx Max S/. xx
7. Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad	No aplica	No aplica	6 veces el saldo promedio Min. US\$ xx Max US\$ xx	6 veces el saldo promedio Min. S/. xx Max S/. xx
8. Renta Alimenticia por Fallecimiento	No aplica	No aplica	US\$ xx pagado en 12 meses	S/. xx pagado en 12 meses

9.	Indemnización por diagnóstico de Cáncer	No aplica	No aplica	3 veces el saldo promedio Min. US\$ xx Max US\$ xx	3 veces el saldo promedio Min. S/. xx Max S/. xx
----	---	-----------	-----------	--	--

### CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

**DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O COASEGURO:** Para el caso de gastos por hospitalización, el Asegurado asumirá el pago correspondiente al primer (1) día de hospitalización.

**PERIODO DE CARENCIA:** La vigencia de la cobertura del seguro se activará a las 24 horas desde la firma de la solicitud del seguro. La cobertura de Indemnización por diagnóstico de cáncer tendrá un periodo de carencia de 180 días.

**DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO:** Proteger al Asegurado contra pérdidas económicas, gastos médicos por hospitalización o fallecimiento 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
Xx años	Hasta antes de cumplir xx años	Hasta culminar el mes que cumple xx años

**DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA** Las coberturas y sumas aseguradas a las que puede acceder el Asegurado dependiendo del plan elegido se detallan a continuación:

1. 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, hasta el monto máximo señalado en la Solicitud - Certificado de Seguro y las Condiciones Particulares de la Póliza.

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, si se hubiera producido el bloqueo de la tarjeta dentro de las 4 horas de ocurrido el siniestro, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso deberán acreditarlo con la documentación correspondiente. Se entenderá como usos indebidos aquellos usos de las tarjetas cuyos movimientos no son reconocidos por el Asegurado.

2. 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 el fallecimiento del Asegurado, se indemnizará a los herederos legales hasta el beneficio máximo señalado en la Solicitud - Certificado de Seguro y las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. 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 reembolsará los gastos por concepto del tratamiento médico necesario, incluyendo medicinas y exámenes especializados; lo cual implica que se le reembolse, hasta por un lapso de veintinueve (29) días, en exceso del primer (1) día de ocurrido el hecho. Dichos gastos no excederán el monto máximo establecido en la Solicitud - Certificado de Seguro y las Condiciones Particulares de la Póliza.

4. 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 por el monto máximo establecido en la Solicitud - Certificado de Seguro y las Condiciones Particulares de la Póliza. El beneficio se pagará contra 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.

5. Fallecimiento Natural:

En caso del fallecimiento del Asegurado por causas no accidentales y que la causa no se encuentre incluida dentro de las exclusiones establecidas en el Artículo N° 3, La Compañía pagará al (los) Beneficiario(s) el Capital Asegurado especificado en las Condiciones particulares en función al Plan Contratado.

6. Fallecimiento Accidental:

En virtud de esta cobertura La Compañía pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado especificado en las Condiciones particulares en función al Plan Contratado, después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del Asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza. Para estos

efectos, se entenderá como fallecimiento inmediato aquél que ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

**Las coberturas de Fallecimiento Natural y Fallecimiento Accidental no son acumulativas. La cobertura de Fallecimiento Accidental es excluyente de la cobertura de fallecimiento accidental por robo y/o asalto y/o secuestro.**

7. Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad:

La Compañía pagará al (los) Beneficiario(s) el Capital Asegurado especificado en el Artículo N° 1 en función al Plan Contratado, si durante la vigencia de la Póliza el Asegurado sufre un accidente, cuya causa no se encuentre incluida dentro de las exclusiones, que le produzca cualquiera de los siguientes estados:

- Estado absoluto e incurable de alineación mental o descerebramiento que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida, o
- Fractura incurable de la columna vertebral que determine una Invalidez Total y Permanente, o
- La pérdida completa de visión de ambos ojos, o
- La pérdida completa de ambos brazos o ambas manos, o
- La pérdida completa de ambas piernas o ambos pies, o
- La pérdida completa de una mano y un pie

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

Un mismo accidente no dará derecho acumulativo por Invalidez Permanente por accidente o enfermedad y Fallecimiento Natural o Fallecimiento Accidental. Por consiguiente, si el fallecimiento ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Permanente por accidente o enfermedad, se deducirá del beneficio por Fallecimiento Accidental o Fallecimiento Natural, el beneficio que se hubiere pagado por la Invalidez Permanente por accidente o enfermedad.

Se considerará que la invalidez es total y permanente cuando el Asegurado, antes de cumplir la edad límite de permanencia señalada en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, sufra una pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que le produzca un menoscabo de por lo menos dos terceras (2/3) partes de su capacidad física de trabajo. La cobertura comprenderá la invalidez derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato que se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al siniestro.

Para determinar fehacientemente que la invalidez es total y permanente, el Asegurado deberá contar con información médica que sustente la condición de su invalidez, emitida conforme a la "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por el Decreto Ley N° 25897 y sus normas modificatorias o complementarias.

Asimismo, se define capacidad de trabajo, como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para lo cual esté razonablemente preparado de acuerdo a su educación, capacitación o experiencia.

8. Renta Alimenticia por Fallecimiento:

Al fallecimiento del Asegurado, La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura dividida en doce (12) cuotas mensuales. La suma asegurada se encuentra establecida en el Condicionado Particular y en la Solicitud – Certificado.

9. Indemnización por diagnóstico de Cáncer:

La Compañía otorgará el beneficio establecido para esta cobertura, de acuerdo al Plan elegido, si al Asegurado se le diagnostica clínicamente el Cáncer, La Compañía pagará al Asegurado, por una única vez, la cantidad determinada de acuerdo al Plan elegido.

La indemnización cubierta se pagará siempre que:

- Al Asegurado le sea diagnosticado Cáncer, como se define en esta Póliza y sea por primera vez.
- Que la Póliza haya estado en vigor por lo menos ciento ochenta (180) días.

**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 pueda 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. 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 por el Asegurado a La Compañía de acuerdo a lo señalado en el presente documento. El monto de la prima, y su forma de pago se establecen**

en las Condiciones Particulares de la Póliza y se consignan en el presente documento. 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 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 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) Tarjetas "corporate" o "lodge"; (ii) Robo y/o asalto y/o secuestro, así como gastos médicos o fallecimiento accidental como consecuencia del Robo y/o asalto y/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; (iii) Actos delictivos o cualquier intento de cometerlos por parte del Asegurado; (iv) El hecho de que el Asegurado este voluntariamente bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sea recetado por un médico, al momento de la ocurrencia del robo y/o asalto y/o secuestro. Asimismo, el estado de embriaguez o drogadicción del Asegurado, salvo se compruebe que fue inducido por el delincuente para facilitar el robo y/o asalto y/o secuestro. 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; según se determine por el dosaje etílico o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda; (v) 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; (vi) 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; (vii) Motín o remoción del gobierno legalmente constituido o conmoción civil adquiriendo las proporciones de levantamiento o explosión de armas de guerra o actividades terroristas; (viii) Que el Asegurado emprenda o tome parte en operación o servicios navales, militares o de la fuerza aérea; (ix) El suicidio, intento de suicidio o lesiones intencionales autoinfligidas o que el Asegurado se encuentre en estado de insania, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro o desde la rehabilitación de la Póliza; (x) Uso indebido de páginas web falsas o simuladas del Contratante (Homebanking); (xi) Uso Indebido fuera del territorio Nacional; (xii) Hernia, independientemente de la causa; (xiii) El uso de la tarjeta por cualquier persona que no sea el Asegurado, contando con el consentimiento voluntario del mismo; (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) Cualquier pérdida que no esté relacionada a la cobertura de Robo y/o Asalto y/o Secuestro; (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 asalto y/o secuestro, no se reembolsará 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 el robo y/o asalto 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) Hurto o pérdida de la tarjeta; (xxiii) 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; (xxiv) Daños o pérdidas o responsabilidades relacionadas con fallas en el reconocimiento electrónico de fechas. Cuando el fallecimiento sea a consecuencia de embriaguez, bajo la influencia de drogas o en estado de sonambulismo. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/litro de alcohol en la sangre; según se determine por el dosaje etílico o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda; (xxv) Participación en deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, streetluge. Así también la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo; (xxvi) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico; (xxvii) Pandemias; (xxviii) El de practicar o hacer uso de la aviación, salvo cuando el Asegurado viaje como pasajero en transporte aéreo de servicio público autorizado; y el de intervenir en viajes submarinos; (xxix) Enfermedades preexistentes; (xxx) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de Inmunodeficiencia; (xxxi) Medicina complementaria, alternativo y/o tradicional.**

**No procederá ningún reembolso bajo los términos de cualquier amparo otorgado por esta Póliza, si es que no se ha efectuado la correspondiente 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, así como el nombre de la(s) persona(s) autorizada(s) a tener acceso a compras mediante el uso de la tarjeta de débito asegurada.**

**SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA:** El Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa de su afiliación al contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión 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](http://www.interseguro.com.pe)), en el domicilio del Contratante, o a través del mismo canal de 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 presentación de toda la documentación antes indicada. El contrato terminará 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 LA SOLICITUD-CERTIFICADO:** La presente 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° 17 del Condicionado General. c) Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12 del Condicionado General. d) Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. 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 Contratante y/o Asegurado incurren 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 el Contratante o Asegurado optase por la resolución 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 a través del Contratante.

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:**

##### **9.1 En caso 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 tres (3) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro. Posteriormente, para la solicitud de cobertura se deberá:

- (i) Bloquear de inmediato la tarjeta sustraída, mediante la llamada a la central del Banco, y obtener el código de bloqueo correspondiente dentro de un plazo no mayor de cuatro (4) horas.
- (ii) Presentar la denuncia policial, en la delegación donde se dieron los hechos dentro de un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas.
- (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 veinticuatro (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 respecto a la reclamación indicando el monto de las compras realizadas indebidamente.

##### **9.2 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 con los siguientes documentos:

a. Carta simple dirigida a La Compañía. b. Copia de la denuncia policial (realizada en un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas de ocurrido el siniestro). c. Original o copia legalizada del Certificado médico de defunción. d. Partida de defunción. e. Original o copia legalizada del atestado policial completo, en caso corresponda. f. Original o copia legalizada del protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.

##### **9.3 En caso de gastos médicos por hospitalización a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro en exceso del primer (1) día de ocurrido el hecho, el mismo que consiste en un deducible:**

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 Asegurado pagará el importe de los gastos de la clínica, y presentará el original de facturas de gastos médicos a La Compañía, que reembolsará por concepto del tratamiento médico necesario incluyendo medicinas y exámenes especializados, según lo establecido en las Condiciones Particulares. Los gastos por hospitalización no excederán el monto señalado en las Condiciones Particulares y Solicitud - Certificado de Seguro.

##### **9.4 En caso de gastos extraordinarios para la obtención de duplicado de documentos robados:**

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. 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.

##### **9.5 Fallecimiento Natural:**

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, los Beneficiarios podrán exigir el pago del monto asegurado presentando el original o copia legalizada de los siguientes documentos:

- a. Partida y Certificado Médico de Defunción del Asegurado.
- b. Partida de nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
- c. Documento de Identidad del Beneficiario.

## 9.6 Fallecimiento Accidental:

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, adicionalmente a los requisitos señalados en el Numeral 9.5. anterior, en caso de Fallecimiento Accidental se deberá presentar original o copia legalizada de lo siguiente:

- a. Atestado policial completo, en caso corresponda.
- b. Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- c. Resultado de examen de dosaje etílico, en caso corresponda.
- d. Resultado del examen toxicológico, en caso corresponda.

## 9.7 Renta Alimenticia por Fallecimiento:

Para proceder al cobro de este beneficio en caso de Fallecimiento Natural o Fallecimiento Accidental se presentarán los documentos y el plazo para el aviso del siniestro señalado en los puntos 9.5 ó 9.6 del presente Artículo, según sea el caso, por los beneficiarios a La Compañía mediante una carta simple. Asimismo, se deberá adjuntar copia legalizada del asiento registral de la declaratoria de herederos.

El aviso del siniestro y la solicitud de las coberturas deberán realizarse por escrito a los Centros de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador. 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 el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

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

<b>Lima</b> Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro <b>Central de Atención al Cliente (Lima):</b> 611-9230 <b>Fax:</b> 611-9255	<b>Arequipa</b> Av. Víctor Andrés Belaunde Mz. B Lote 3, Umacollo <b>Central de Atención al Cliente (Arequipa):</b> (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](http://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](http://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 Compañía 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 Contratante, 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.
- 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 Comercializador, se consideran abonados a La Compañía.
- **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO: Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el Asegurado recibe la Solicitud - Certificado de Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, comunicando su decisión a 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, no sujeta a penalidad alguna.**
- 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 COMUNICACIÓN 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 Asegurado expresa su consentimiento para que los datos personales (\*), que brinde a INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante la Compañía) o que sean recabados por éste, como consecuencia de la presente relación contractual, sean tratados (almacenados, registrados, transferidos, analizados, entre otros, según definición de Ley N°29733) a fin de brindar y mantener un nivel de servicio adecuado para el Asegurado. Asimismo, el Asegurado autoriza a la Compañía a obtener del Contratante información sobre sus datos personales necesarios para la presente contratación; y al Contratante a brindarla. Adicionalmente, el Asegurado expresa su consentimiento para recibir información adicional sobre promociones, publicidad y descuentos de los distintos productos, servicios y beneficios ofrecidos por la Compañía así como por sus subsidiarias. Dicha autorización se mantendrá vigente inclusive, con posterioridad a la culminación de la presente relación contractual, para fines estrictamente, publicitarios y/o promocionales.

Es importante señalar que los clientes y/o asegurados cuentan con los mecanismos legales suficientes para hacer valer sus derechos en caso éstos se vean perjudicados, tales como recurrir ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales o al Poder Judicial de ser el caso. La base de datos (Banco de Datos) de la Compañía se encontrará ubicada en las instalaciones de la Compañía. Asimismo en caso los clientes y/o asegurados deseen ejercer sus derechos (derecho a la información, acceso, actualización, rectificación, supresión o cancelación, oposición y tutela de sus datos personales) podrán dirigirse a Av. Paseo de la República N° 3071, Distrito de San Isidro, Lima.

En señal de conformidad a todos los acuerdos contenidos en el presente documento, se suscribe la presente a los.....días 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 me hace identificable, y “datos sensibles” a aquellos datos personales referidos a la esfera más personal.*