



N° \_\_\_\_\_

Solicitud - Certificado de Protección Blindaje Chip  
Código SBS N° RG2024100130 | Póliza N° 5000028 (Soles)

Número de Tarjeta     -     -     -     Fecha activación Mes   Año    
(A ser llenado por Interbank)

**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 Provincia: Lima  
Departamento: Lima Teléfono: 311-9000

**DATOS DEL ASEGURADO**

|   |  |  |   |            |
|---|--|--|---|------------|
| Apellido Paterno:   | Apellido Materno:                          | Primer nombre:   | Segundo nombre:   |            |
| Tipo Doc. Identidad:<br>DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> | N° Doc. Identidad:                         | Sexo:<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Fecha de Nacimiento:<br>Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |            |
| Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):  | N° / Mz / Lt:                              | Dpto / Of. / Int.:   | Distrito:   | Provincia: |
| Departamento:   | Teléfono Fijo:                             | Celular:   | Correo electrónico:   |            |
| Profesión u Ocupación:  | Relación del Asegurado con el Contratante: |  |   |            |

**BENEFICIARIO**

Para la cobertura de fallecimiento accidental por robo y/o asalto y/o secuestro los beneficiarios serán los herederos legales, de acuerdo a lo señalado en el Código Civil. Para las demás coberturas se considerará como Beneficiario al Asegurado.

**AUTORIZACIÓN DE CARGO EN CUENTA**

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

Tarjeta de Crédito  Tarjeta de Débito  Visa  Mastercard  American Express  Otros:

Moneda:  Soles  Dólares N° Tarjeta:     -     -     -

Por el concepto de prima de seguro: "Blindaje Chip" Fecha de vencimiento: Mes   Año

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 |               | Prima mensual (incluye IGV)       | Prima anual (incluye IGV)         |
|------|---------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| PLAN | PLAN ORO CHIP | <input type="checkbox"/> S/. 0.80 | <input type="checkbox"/> S/. 8.80 |

(\*) Los cargos de comercialización se establecerán de acuerdo a lo pactado entre La Compañía y el Contratante del seguro en las Condiciones Particulares. Para obtener mayor información, el Asegurado puede solicitarle las Condiciones Generales y Condiciones Particulares a La Compañía o acceder al mismo a través de la página web [www.interseguro.com.pe](http://www.interseguro.com.pe) o a través del Portal del Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

**DATOS DE LA POLIZA**

|  |   |
|--|---|
| <b>Tipo de Riesgo</b><br>Robo y Asalto | <b>Moneda</b><br>La misma pactada en el Contrato de Tarjeta de Crédito o Débito   |
| <b>Fecha de inicio de vigencia:</b>    | Desde las 00:00 horas del día siguiente de la fecha de:<br>(i) La firma de la solicitud del seguro por parte del Asegurado, siempre que éste mantenga su tarjeta Asegurada Principal activa, o<br>(ii) La activación de la tarjeta Asegurada Principal cuando se trate de un Asegurado que adquiriera la tarjeta en conjunto con la suscripción del seguro. |
| <b>Fecha de término de vigencia:</b>   | Hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución, la que ocurra primero.  |
| <b>Plazo de vigencia:</b>              | Anual, con renovación automática hasta culminar el mes que cumple los 75 años de edad.  |
| <b>Lugar y forma de pago:</b>          | De acuerdo a lo pactado con el Asegurado.   |

**COBERTURAS**

| COBERTURAS |  | PLAN PT CHIP<br>Una Tarjeta de Débito de Interbank           |
|------------|--|--|
| 1.         | Indemnización por uso indebido de la Tarjeta Interbank Débito Oro Chip a causa de hurto o de robo y/o asalto y/o secuestro en cajeros automáticos. | Hasta S/. 1,500 por Tarjeta por año                          |
| 2.         | Clonación y/o Fraude de Tarjeta Interbank Débito Oro Chip (incluye "Cambiazo").  | Hasta máximo S/. 750 por Tarjeta por año                     |
| 3.         | Reembolso de gastos médicos por hospitalización por lesiones a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro                                       | Hasta S/.50 por día<br>(Máx. 30 días) con 1 día de deducible |
| 4.         | Reembolso de gastos de duplicados y reposición de documentos por hurto o robo y/o asalto y/o secuestro   | Hasta S/.150 por año   |
| 5.         | Fallecimiento Accidental a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro.   | S/. 15,000   |

**CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO**

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

**DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO:** Proteger al Asegurado contra pérdidas económicas, gastos médicos por hospitalización o fallecimiento accidental a consecuencia de Hurto o Robo y/o Asalto y/o Secuestro relacionados a la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s).

**CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:**

| Edad mínima de ingreso | Edad máxima de ingreso         | Edad máxima de permanencia               |
|------------------------|--------------------------------|--|
| 18 años                | Hasta antes de cumplir 75 años | Hasta culminar el mes que cumple 75 años |

**DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA:**

- Indemnización por uso indebido de la Tarjeta Interbank Débito Oro Chip a causa de hurto o de robo y/o asalto y/o secuestro en cajeros automáticos.** Cubre el uso indebido de la(s) tarjeta(s) asegurada(s) en cajeros automáticos siempre que ésta(s) haya(n) sido obtenida(s) en forma ilícita, producto del hurto o del robo y/o asalto y/o secuestro; hasta un monto máximo anual, establecido de acuerdo al plan elegido por el Asegurado y señalado en el Certificado de Seguro, no estando cubierta la pérdida o extravío de la(s) tarjeta(s). Asimismo, cubre al Asegurado, por el hurto o el robo y/o asalto y/o secuestro del dinero en efectivo que haya sido retirado del cajero con la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida por el Contratante, siempre que haya sido obtenido en forma ilícita, por hurto o robo y/o asalto y/o secuestro; y, siempre que no hayan transcurrido más de 30 minutos de retirado el efectivo para la ocurrencia del siniestro.
- Clonación y/o Fraude de la Tarjeta Interbank Débito Oro Chip (Incluye "Cambiazo").** Se entiende como Clonación la falsificación y/o adulteración del plástico realizada por un tercero a través de la confección física de una tarjeta, estampada en relieve o impresa, para dar a entender que es una tarjeta bancaria del Asegurado, pero sin embargo no es tal tarjeta; así también, en los casos en los que la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) haya(n) sido válidamente emitidas por el Contratante pero posteriormente han sido alteradas o modificadas de alguna manera sin conocimiento del Asegurado. Asimismo, se entiende como Clonación la falsificación y/o adulteración de la banda magnética realizada por un tercero, mediante la modificación o

copia de dicha banda, para realizar transacciones fraudulentas a través de los medios de autorización o captura electrónica que pueden ser efectuados con cargo a la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s).

Se entiende como Fraude, las defraudaciones, estafas, o malversaciones cometidas por terceros, realizadas en el Perú, mediante la utilización de la tarjeta asegurada que haya sufrido algún tipo de adulteración en el plástico, en sí, o en su banda magnética, utilizando para ello una máquina "IMPRINTER" y/o "POS" y/o "ATM", sin que el asegurado se percate de ello, a partir de una transacción efectuada válidamente por el asegurado en un local comercial y/o ATM. Además, se entenderá como Fraude el "cambiazó" el mismo consiste en que una persona con engaños cambie la tarjeta asegurada plástica por otra similar con la finalidad de apropiarse de la Tarjeta Asegurada verdadera para realizar consumos indebidos con ella.

3. **Reembolso de gastos médicos por hospitalización por lesiones 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, implican la hospitalización del Asegurado, La Compañía reembolsará los gastos, por concepto del tratamiento médico, costo de la hospitalización, incluyendo medicinas y exámenes especializados. El beneficio se pagará contra la presentación de los documentos originales que sustenten los gastos médicos respectivos y demás comprobantes de pagos relacionados directamente con la reposición de dichos documentos. Dichos gastos no excederán del máximo de días ni del monto máximo establecido en el Certificado del Seguro por día de hospitalización. Se entenderá como Hospitalización el ingreso del Asegurado a un hospital o clínica debidamente autorizada y reconocida por el Ministerio de Salud. Para que la presente cobertura resulte aplicable, el Asegurado deberá ser internado en el hospital o clínica como mínimo 24 Horas, contadas a partir de la fecha y hora de ingreso hasta la fecha y hora en que el Asegurado es dado de alta.
4. **Reembolso de gastos de duplicados y reposición de documentos por hurto o robo y/o asalto y/o secuestro.** Si en el hurto o el robo y/o asalto y/o secuestro se sustraen documentos personales del Asegurado, La Compañía reembolsará, hasta por el monto establecido en el Certificado de Seguro, los gastos por concepto de duplicados y reposición de los mencionados documentos u otras tarjetas. El beneficio se pagará contra la presentación de los documentos originales que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de pagos relacionados directamente con la reposición de dichos documentos.
5. **Fallecimiento Accidental a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro.** Si el Asegurado fallece como consecuencia directa del robo y/o asalto y/o secuestro, se indemnizará a los Beneficiario(s).

**CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES:** Durante la vigencia del contrato La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante y a los Asegurados dichos cambios para que en el plazo de 45 días éste pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. 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.

**PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DE INCUMPLIMIENTO:** La prima será pagada por el Asegurado al Contratante en fracciones mensuales en las fechas indicadas en el Certificado de Seguro. El monto de la prima, y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza y en este documento, asimismo, podrán ser modificadas de mutuo acuerdo entre La Compañía y el Contratante, de lo que se informará previamente al Asegurado conforme al Art. N° 8 de las Condiciones Generales. En caso de incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente, resolver el contrato de seguros respecto del Asegurado correspondiente, de acuerdo a lo establecido en el Art. N° 21 de la Ley del Contrato de Seguro (Ley N° 29946). En todo caso, si La Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los 90 días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía. Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagas, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento.

Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía. Sin perjuicio de lo expuesto, La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Asegurado que produzcan atrasos en el pago de la Prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

**EXCLUSIONES:** Este seguro no tiene cobertura en los siguientes supuestos:

(i) Tarjetas "corporate" o "lodge"; (ii) 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) Cuando el Asegurado esté voluntariamente bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sea recetado por un médico, al momento del siniestro. Asimismo, el estado de embriaguez o drogadicción del Asegurado, salvo se compruebe que fue inducido por el delincuente para facilitar el hurto o el robo y/o asalto y/o secuestro. Se considerará estado de embriaguez cuando el Asegurado se niegue a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda, o cuando habiéndosele practicado, éste arroje un resultado mayor a 0.50 gr. /lt. de alcohol en la sangre al momento del siniestro; (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) Uso o consumo indebido de las Tarjetas Aseguradas fuera del territorio Nacional; (ix) El consentimiento voluntario del Asegurado para el uso de la tarjetas Aseguradas por cualquier persona distinta a él; (x) Dinero en efectivo retirado de la Tarjeta Asegurada que haya estado desatendido en un lugar público o robo en vehículos automóviles desatendidos; (xi) Cualquier pérdida que no esté relacionada a la cobertura de Robo y/o Hurto y/o Asalto y/o Secuestro de la Tarjeta Asegurada; (xii) Uso o consumo indebido de tarjetas corporativas, o de otro tipo, cuyo uso no está restringido al titular de tarjeta; (xiii) Uso de páginas web falsas o simuladas del Contratante o de las Entidades Financieras que emiten las otras tarjetas aseguradas (Homebanking); (xiv) Bajo los términos del amparo de hurto o de robo y/o asalto y/o secuestro, no se reembolsara al Asegurado por la pérdida de cualquier otro instrumento negociable, incluyendo cheques de viajero, como tampoco cualquier otro monto de dinero en la posesión del Asegurado distinto al retirado en el cajero de la Tarjeta Asegurada en el momento de ocurrir el robo y/o hurto y/o asalto y/o secuestro; (xv) Servicios o tratamientos médicos prestados por cualquier persona contratada por el Asegurado o Contratante que no sean prescritos por el médico tratante de la lesión ocasionada como consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro; (xvi) Procedimientos "experimentales", aquellos aprobados por las Guías de prácticas de clínicas reconocidas; (xvii) Cirugía cosmética o procedimientos cosméticos, a excepción de cirugía reconstructiva para la corrección de un desorden físico, producto del robo y/o asalto y/o secuestro; (xviii) 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 o se demuestre que el Asegurado haya estado impedido físicamente de realizar el bloqueo; (xix) Fallas en el reconocimiento electrónico de fechas reflejados en los reportes de estado de cuenta o consulta de movimientos por parte de las entidades financieras emisora(s) de las Tarjeta(s) Asegurada(s).

**SOLICITUD DE TÉRMINO ANTICIPADO DE CONTRATO:** El Asegurado podrá solicitar la terminación anticipada de su afiliación al contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión por escrito con una anticipación no menor a **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 terminar anticipadamente su afiliación al contrato; **b)** Original y copia del Documento Nacional de Identidad. Dicho trámite es estrictamente personal, 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)), o en el domicilio del Contratante, según sea el caso. Si el Asegurado tuviese algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado deberá otorgar un poder notarial para que un tercero lo realice en su nombre. 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 **30** días de la recepción de la solicitud de terminación anticipada, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

**CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO:** El seguro a favor del Contratante y/o Asegurado quedará resuelto, perdiendo todo derecho originado de la Póliza, a partir de la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes causales: **a)** Solicitud de terminación anticipada por parte del Contratante y/o Asegurado según el procedimiento del artículo anterior; **b)** Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Art. N° 10 de las Condiciones Generales; **c)** Cuando se reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según el procedimiento establecido en el Art. N° 16 de las Condiciones Generales; **d)** Hasta la edad máxima de permanencia del Asegurado, sin necesidad de comunicación previa alguna; **e)** La cancelación y/o expiración de las Tarjetas Aseguradas, en cuyo caso la póliza quedará resuelta automáticamente sin necesidad de comunicación alguna; **f)** Si durante el plazo de **15** días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato.

En el caso establecido en los literales a), d) e) y f), en caso la prima se encontrase pagada por adelantado, se devolverán al Asegurado las primas que fueron pagadas y que otorgan cobertura desde el período siguiente a la fecha en la que se procedió a la resolución del Contrato.

#### **PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA:**

Procedimiento para las siguientes coberturas

• Indemnización por uso indebido de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por el Contratante a causa de hurto o de robo y/o asalto y/o secuestro en cajeros automáticos.

- (i) Bloquear la(s) tarjeta(s) sustraída(s), mediante la llamada a las centrales de la(s) Entidad(es) Financiera(s) emisora y obtener el (los) código(s) de bloqueo(s) correspondiente(s), en un plazo no mayor de **04** horas de ocurrido el siniestro.
- (ii) Presentar la denuncia policial, en la delegación correspondiente en un plazo no mayor de **24** horas de ocurrido el siniestro.

- (iii) El Asegurado o la persona que está actuando en su representación deberá acercarse, en un plazo no mayor a **2** días hábiles de ocurrido el siniestro, a las oficinas o agencias del Contratante o en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía con: **a)** Original o copia certificada de la denuncia policial; **b)** Fotocopia del documento de identidad del titular de la tarjeta de crédito; **c)** Presentar el (los) código(s) asignando la fecha y hora del bloqueo de la(s) Tarjeta(s); **d)** Presentar copia de los documentos que acrediten el lugar y los consumos y/o retiros de los cajeros automáticos indebidos, señalando la fecha, hora y monto; **e)** En caso que sea un tercero quien solicite la cobertura en representación del asegurado, deberá presentar carta poder con firma legalizada del Asegurado, adjuntando copia del DNI del Asegurado y del representante.
- (iv) La Compañía o sus representantes designados, podrán razonablemente, solicitar documentos adicionales a los definidos líneas arriba para complementar el análisis del siniestro: resultado de dosaje etílico o examen toxicológico, atestado policial en caso se haya emitido éste, conclusión de denuncia policial y/o resolución del Ministerio Público, entre otros. Asimismo, cuando La Compañía lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.
- Clonación y/o Fraude de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por el Contratante (Incluye "Cambiazo").
    - (i) Bloquear la(s) tarjeta(s) mediante la llamada a las centrales de la(s) Entidad(es) Financiera(s) y obtener el (los) código(s) de bloqueo(s) correspondiente(s), dentro de un plazo no mayor de **04** horas de tomado conocimiento el Fraude y/o Clonación, vía comunicación de la entidad financiera y copia de reportes de estados de cuenta o movimientos.
    - (ii) Presentar la denuncia policial, en la delegación correspondiente en un plazo no mayor de **24** horas de ocurrido el siniestro.
    - (iii) El Asegurado o la persona que está actuando en su representación deberá acercarse, en un plazo no mayor a **2** días hábiles de ocurrido el siniestro, a las oficinas o agencias del Contratante o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía con: **a)** Original o copia certificada de la denuncia policial; **b)** Fotocopia del documento de identidad del titular de la tarjeta de crédito; **c)** Presentar el (los) código(s) asignando la fecha y hora del bloqueo de la(s) Tarjeta(s); **d)** Presentar copia de los documentos que acrediten el lugar y los consumos y/o retiros de los cajeros automáticos indebidos, señalando la fecha, hora y monto; **e)** En caso que sea un tercero quien solicite la cobertura en representación del asegurado, deberá presentar carta poder con firma legalizada del Asegurado, adjuntando copia del DNI del Asegurado y del representante.
    - (iv) La Compañía o sus representantes designados, podrán razonablemente, solicitar documentos adicionales a los definidos líneas arriba para complementar el análisis del siniestro: resultado de dosaje etílico o examen toxicológico, atestado policial en caso se haya emitido éste, conclusión de denuncia policial y/o resolución del Ministerio Público, entre otros. Asimismo, cuando La Compañía lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.
  - Reembolso de gastos médicos por hospitalización por lesiones a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro. El Asegurado pagará el importe de los gastos de la clínica u hospital, y presentará original de facturas de gastos médicos a La Compañía, quién los reembolsará por concepto del tratamiento médico incluyendo medicinas y exámenes especializados necesarios durante el periodo de hospitalización. Los gastos por hospitalización no excederán del máximo de días ni del monto máximo establecido en el Condicionado Particular por día de hospitalización. El Asegurado deberá presentar, a cualquier oficina o agencia del Contratante o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía, la siguiente documentación: **a)** Original y/o copia legalizada del Informe médico que detalle el tratamiento efectuado, y los días de hospitalización requeridos; **b)** Original de Recetas, solicitudes de exámenes y resultados de los mismos entre otros que permita validar a La Compañía la atención recibida por el Asegurado; **c)** Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos a los gastos médicos por hospitalización, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de La Compañía; **d)** Asimismo, cuando La Compañía lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido. El plazo para efectuar la solicitud de esta cobertura será de **30** días desde la fecha de ocurrencia del siniestro.
  - Reembolso de gastos de duplicados y reposición de documentos por hurto robo y/o asalto y/o secuestro. El Asegurado o la persona que está actuando en su representación debe presentar a cualquier oficina o agencia del Contratante o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía una carta simple suscrita por el Asegurado, dirigida a La Compañía adjuntando la copia de la denuncia policial y los documentos originales que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos. Asimismo, cuando La Compañía lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido. El plazo para efectuar la solicitud de esta cobertura será de **30** días desde la fecha de ocurrencia del siniestro.
  - Fallecimiento Accidental a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro: El beneficiario debe acercarse a cualquier oficina o agencia del Contratante o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía con los

siguientes documentos: **a)** Partida o Acta de Defunción del Asegurado; **b)** Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo; **c)** Copia del documento de identidad de la persona Asegurada fallecida; **d)** Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de La Compañía; **e)** Copia del Documento de identidad del(los) Beneficiario(s) del seguro; **f)** Documento que acredite la calidad del(los) Beneficiario(s) del seguro, de ser necesario; **g)** Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal de ser el caso; **h)** Protocolo de Necropsia; **i)** Resultado de dosaje etílico, y **j)** Resultado de Análisis Toxicológico. Asimismo, cuando La Compañía lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido. El plazo para efectuar la solicitud será el plazo prescriptorio legal vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

**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

Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro

**Central de Atención al Cliente (Lima):** 611-9230, Fax: 611-9255

**Correo electrónico:** [servicios@interseguro.com.pe](mailto:servicios@interseguro.com.pe) / **Página web:** [www.interseguro.com.pe](http://www.interseguro.com.pe)

**MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante o Asegurado podrá acudir a los siguientes mecanismos de solución de controversias: **(i) 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); **(ii) 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)); **(iii) Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP**, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840; y, **(iv) Vía Judicial.**

#### **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, la cual el Asegurado declara haber recibido.
- 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.
- La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Asegurado que produzcan atrasos en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.
- 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.
- **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:** Dentro de un plazo no mayor de **15 días** contados desde que el Asegurado recibe el Certificado de Seguros, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, comunicando su decisión al Centro de Atención al Cliente de la Compañía o al domicilio del Contratante, quienes devolverán la prima recibida.
- El Asegurado declara que ha sido debidamente informado de que la Compañía no autoriza a su personal o personal alguno del Contratante/Comercializador del seguro a recibir suma alguna de dinero por concepto de primas, y que el único medio válido de pago es el indicado en este documento. Por tal motivo, cualquier pago en contravención de lo dispuesto en este documento será bajo única responsabilidad del Asegurado.

#### **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: (i) transferir su información, de acuerdo al Código de Conducta (\*\*) establecido con sus empresas subsidiarias y empresas del grupo Intercorp; (ii) 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, incluyendo la Declaración Personal de Salud, se suscribe la presente a los ..... de ..... del 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.*

*(\*\*)Se entiende como Código de Conducta a aquel que establece las normas internas para la protección de datos personales en los casos de transferencias de datos entre empresas de un mismo grupo empresarial, sociedades subsidiarias afiliadas o vinculadas.*