

Solicitud-Certificado VIVE SALUD +
Código SBS N° AE2026400230
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas
reglamentarias

DATOS DE LA COMPAÑÍA

Razón Social	Interseguro Compañía de Seguros S.A.
RUC	20382748566
Dirección	Av. Javier Prado Este N° 492, Of. 2601, Urb. Jardín, San Isidro - Lima
Teléfono	500-0000
Página web	www.interseguro.pe

DATOS DEL CONTRATANTE (COMERCIALIZADOR)

Razón Social	Banco Internacional del Peru S.A. - Interbank
RUC	20100053455
Dirección	Jr. Carlos Villarán N° 140, Urb. Santa Catalina, La Victoria
Teléfono	311-9000
Correo Electrónico	-----

DATOS DEL ASEGURADO / RESPONSABLE DE PAGO

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

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Riesgo	Asistencia Médica
Moneda	Soles
Fecha de inicio de vigencia	Desde la firma de la solicitud - certificado del seguro o aceptación del contrato por parte del Asegurado
Fecha de fin de vigencia	Hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución
Plazo de vigencia	Anual, con renovación automática
Lugar y forma de pago	
Frecuencia de pago de primas	

TARJETA ASEGURADA - AUTORIZACIÓN DE CARGO EN TARJETA PARA PAGO DE LA PRIMA

Autorizo se sirvan efectuar, de acuerdo a la periodicidad escogida, los cargos por el concepto de prima de seguro "VIVE SALUD +" en mí:

Medio de pago: XXXXXXXXXXXXX

Tipo Tarjeta: (XXXXXX)

Nro. de Tarjeta /
cuenta Bancaria:

Fecha de Vencimiento:

La prima se cobrará en la moneda de la cuenta o tarjeta autorizada. En caso se realice cambio de tarjeta o cuenta, autorizo a la Compañía a continuar efectuando el cobro de la prima en la TC o cuenta que la reemplaza.

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
18 años	59 años y 364 días	69 años y 364 días

COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 2
PRINCIPAL Renta hospitalaria por accidente	<p>Suma asegurada: S/ 220</p> <p>Plazo máximo cubierto: Hasta 60 días*, límite de días agregado por póliza Carencia: No aplica Deducible: 1 día Beneficiarios: Asegurado titular Número máximo de eventos cubiertos: 2**</p> <p>* Los 60 días son un límite agregado anual por ambas coberturas de renta hospitalaria (por enfermedad y accidente)</p> <p>**El máximo de eventos aplica a las solicitudes de activación de cualquier cobertura de Renta Hospitalaria (por enfermedad o accidente)</p>	<p>Suma asegurada: S/ 400</p> <p>Plazo máximo cubierto: Hasta 60 días*, límite de días agregado por póliza Carencia: No aplica Deducible: 1 día Beneficiarios: Asegurado titular Número máximo de eventos cubiertos: 2**</p> <p>* Los 60 días son un límite agregado anual por ambas coberturas de renta hospitalaria (por enfermedad y accidente)</p> <p>**El máximo de eventos aplica a las solicitudes de activación de cualquier cobertura de Renta Hospitalaria (por enfermedad o accidente)</p>
ADICIONALES Renta hospitalaria por Enfermedad	<p>Suma asegurada: S/ 220</p> <p>Plazo máximo cubierto: Hasta 60 días*, límite de días agregado por póliza Carencia:30 días Deducible: 1 día Beneficiarios: Asegurado titular Número máximo de eventos cubiertos: 2**</p> <p>* Los 60 días son un límite agregado anual por ambas coberturas de renta hospitalaria (por enfermedad y accidente)</p> <p>**El máximo de eventos aplica a las solicitudes de activación de cualquier cobertura de Renta Hospitalaria (por enfermedad o accidente)</p>	<p>Suma asegurada: S/ 400</p> <p>Plazo máximo cubierto: Hasta 60 días*, límite de días agregado por póliza Carencia: 30 días Deducible: 1 día Beneficiarios: Asegurado titular Número máximo de eventos cubiertos: 2**</p> <p>* Los 60 días son un límite agregado anual por ambas coberturas de renta hospitalaria (por enfermedad y accidente)</p> <p>**El máximo de eventos aplica a las solicitudes de activación de cualquier cobertura de Renta Hospitalaria (por enfermedad o accidente)</p>

Fallecimiento	Suma asegurada: S/ 10,000 Plazo máximo cubierto: No aplica Deducible: No aplica Número máximo de eventos cubiertos: 1 Asegurado: Asegurado titular Beneficiarios: Legales	Suma asegurada: S/ 20,000 Plazo máximo cubierto: No aplica Deducible: No aplica Número máximo de eventos cubiertos: 1 Asegurado: Asegurado titular Beneficiarios: Legales
---------------	--	--

MONTO DE PRIMA COMERCIAL MENSUAL		
PLAN	Plan 1	Plan 2
Prima Neta	S/ 25.3	S/ 42.3
Prima Total	S/ 29.9	S/ 49.9

Para obtener mayor información de su póliza, el Asegurado puede solicitarle las Condiciones Generales y Condiciones Particulares a La Compañía o visualizarlas a través de la página web www.interseguro.pe o a través del Portal del Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

La compañía de Seguros paga el monto de la suma asegurada establecida en la Solicitud-Certificado, a manera de indemnización, por cada día que el Asegurado se encuentre hospitalizado a causa de un accidente.

Se entiende por día de hospitalización las veinticuatro (24) horas continuas e ininterrumpidas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital o Clínica.

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

En caso exista algún concepto pendiente de pago por parte del contratante o asegurado, la Compañía de Seguros se encuentra facultada a descontarlo de la indemnización de las coberturas contratadas.

DESCRIPCIÓN DE LAS CLÁUSULAS ADICIONALES

Renta Hospitalaria por Enfermedad

La compañía de Seguros paga el monto de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado por cada día que el Asegurado se encuentre hospitalizado a causa de una enfermedad no preexistente.

Se entiende por día de hospitalización las veinticuatro (24) horas continuas e ininterrumpidas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital o Clínica.

La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado del Seguro.

En caso exista algún concepto pendiente de pago por parte del contratante o asegurado, la Compañía de Seguros puede compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la póliza respectiva, contra la indemnización debida al asegurado.

Fallecimiento

La Compañía de Seguros paga el monto de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado por el fallecimiento del Asegurado que se produzca dentro de la vigencia de la póliza.

Si el fallecimiento se produjera como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días calendarios siguientes de ocurrido el accidente, aplicándose el período de carencia descrito en las Condiciones Particulares.

La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado del Seguro.

En caso exista algún concepto pendiente de pago por parte del contratante o asegurado, la Compañía de Seguros puede compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la póliza respectiva, contra la indemnización debida al asegurado.

Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. En caso de la cobertura de fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este tome conocimiento de la existencia del beneficio.

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre:

1. Actos delictivos o que constituyan la causa del siniestro en las que participe el asegurado.
2. Lesiones que generen hospitalización ocurridas cuando el Asegurado se encuentre voluntariamente al momento del siniestro bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sea recetado por un médico. Asimismo, el estado voluntario de embriaguez o drogadicción del Asegurado. Se considerará estado de embriaguez cuando el Asegurado niegue a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda, o cuando habiéndolo practicado, éste arroje un resultado mayor a 0.50 g/l de alcohol en la sangre al momento del siniestro.
3. Lesiones a consecuencia de conducir un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa aplicable.
4. Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, servicio militar, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo.
5. Lesiones producidas por peleas, salvo en las que se demuestre legítima defensa, lo cual tendrá que probarse a través de una resolución judicial o un atestado policial.
6. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional o aficionada de los siguientes deportes o actividades de riesgo: buceo submarino, inmersión submarina, montañismo, ala delta, parapente, paracaidismo, canotaje, rafting, saltos ornamentales, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak, alpinismo, *trekking*, puenting, tirolina y *street luge*. Así también, la participación como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.
7. Hospitalizaciones realizadas en instituciones legalmente no establecidas.
8. En el caso de las Fuerzas Armadas, hospitalizaciones por convalecencia.
9. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para Asegurados que por su trabajo están considerados dentro del Seguro complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA CLÁUSULA ADICIONAL

Adicional a lo indicado en Condicionado General o Solicitud Certificado, este seguro no cubre:

Renta Hospitalaria por Enfermedad

1. Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes y gastos derivados de causas relacionadas. Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos que cumplan con lo establecido en la Ley N° 28770, Ley que Regula la Utilización de las Preexistencias en la Contratación de un Nuevo Seguro de Enfermedades y/o Asistencia Médica.
2. Curas de reposo, surmenage, enfermedades emocionales, desórdenes funcionales de la mente y tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico.
3. Despidos de enfermedades, tratamiento y/o medicina preventiva.
4. Cirugía o tratamientos estéticos, plásticos o reconstructivos, cirugías por mama plastia reductora ni por ginecomastia.
5. Tratamientos no reconocidos por el Colegio Médico Peruano.
6. Embarazo, maternidad, sus complicaciones y consecuencias.
7. Insuficiencia o sustitución hormonal, todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad, raquitismo y los derivados de ellos.
8. Enfermedades oncológicas y/o diagnosticadas como cáncer. En los casos que exista alta sospecha de cáncer, la cobertura del evento estará sujeta a la presentación del resultado de anatomía patológica, la cual deberá tener resultado negativo. La Compañía de Seguros podrá solicitar dicho documento, dentro del plazo de los 20 días para pronunciarse sobre el siniestro.
9. Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.

Fallecimiento

Este seguro no cubre:

1. Suicidio, a menos que hubieran transcurrido dos (02) años completos e ininterrumpidos desde la fecha en que se contrató el seguro.
2. Pena de muerte o muerte producida por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.
3. Fisión o fusión nuclear, así como contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
4. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; o intervenir en viajes submarinos.
5. Enfermedades preexistentes, así como, anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ella, y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por la Compañía. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
6. Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre; o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.
7. Prestación de servicios en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Contratante tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la póliza de seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud. El plazo de los 15 días se computa desde la recepción de la póliza por parte del contratante.

Para el caso de los seguros colectivos, el Asegurado tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la solicitud certificado, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud.

Este derecho se ejerce solicitando la Resolución de la Póliza y se podrá emplear los mismos mecanismos, lugar y medios por los cuales se contrató, de acuerdo a lo señalado en las normas sobre protección al consumidor.

PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DE SU INCUMPLIMIENTO

1. **Obligación del pago:** el Contratante es el obligado al pago de la prima, la cual es exigible desde la celebración del contrato. En caso de seguros colectivos, el Contratante trasladará la responsabilidad de pago al Asegurado. El pago puede ser fraccionado o diferido.
2. **Pago de la Prima:** El pago de la prima se considerará realizado a partir del día y hora en que la Compañía de Seguros o el Contratante reciba el importe de la prima acordada.
3. **Suspensión de cobertura por incumplimiento de pago:** el incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro, luego de treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación. Antes de esos treinta (30) días, la Compañía de Seguros deberá comunicar de manera cierta al Contratante, la situación de incumplimiento de pago de la prima y la suspensión de la cobertura como consecuencia de dicho incumplimiento, a través de los medios previamente acordados. Además, indicará el plazo que el Contratante tiene para pagar la prima antes de que se suspenda la cobertura. La Compañía de Seguros no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura esté suspendida. La suspensión de cobertura no es aplicable cuando el Contratante haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido en el contrato.
4. **Rehabilitación de la cobertura:** cuando el contrato se encuentra suspendido, la rehabilitación de la cobertura se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague el total de las cuotas vencidas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (00:00) horas del día siguiente a aquel en que se pague la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a solicitud del Contratante, siempre que la Compañía de Seguros no haya resuelto el contrato.
5. **Resolución por incumplimiento de pago:** cuando la cobertura del seguro esté suspendida por el incumplimiento del pago de la prima, la Compañía de Seguros podrá optar por resolver el contrato y/o solicitud certificado, los cuales se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el Contratante y/o asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía de Seguros informándole sobre esta decisión, por el mecanismo de comunicación acordado. En este caso, la Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por período efectivamente cubierto. La Compañía de Seguros quedará liberada de toda responsabilidad y obligación una vez resuelto el contrato.
6. **Extinción del contrato de seguro por incumplimiento de pago:** el contrato de seguro queda extinguido cuando el Contratante y/o asegurado no realiza el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento de la obligación, La Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por el periodo cubierto.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro quedará resuelto, respecto al Contratante, perdiendo todo derecho originado de la Póliza 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 N° 13.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.
- c. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo de 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.

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

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N°13.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.
- c. Cuando al momento de evaluar la solicitud de cobertura se evidencie que esta ha sido interpuesta en base a documentos o declaraciones falsas, los cuales se encuentran establecido en el Artículo N° 10. La Compañía comunicará la resolución al Contratante y al asegurado dentro de los treinta (30) días posteriores de haber tomado conocimiento del fraude.
- d. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo de 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En los supuestos antes mencionados, la Compañía de Seguros tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no transcurrido. La devolución de la prima se realizará en forma directa al Contratante o Asegurado, según corresponda, treinta (30) días hábiles posteriores a la resolución.

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

El Contratante o el Asegurado podrán solicitar la resolución sin expresión de causa de la Póliza. El Contratante notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

El Contratante notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

- a. Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver su afiliación al contrato.
- b. En caso se trate de una persona jurídica, copia literal de los Poderes que acrediten al Representante del Contratante como tal, así como las facultades necesarias para la resolución de contratos.
- c. Copia del documento de identidad de la persona que suscribe la Carta de resolución.

El Asegurado notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

- a. Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver su afiliación al contrato.
- b. Copia de su documento de identidad.

Este trámite podrá efectuarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de la Compañía de Seguros (www.interseguro.pe), o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante o Asegurado tuviese algún impedimento para realizar personalmente el trámite, deberá otorgar un poder notarial a través de una carta poder con firma legalizada, para que un tercero lo realice en su nombre.

La Compañía de Seguros 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 a las 23:59 horas del día en que se recibe la solicitud de la resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a partir de las 00:00 horas del día siguiente todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato de seguro será nulo por una causa existente al momento de su celebración en los siguientes casos:

1. 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.
2. Si al tiempo de su celebración se ha producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.
3. Cuando no exista interés asegurable al momento de la celebración del contrato o al inicio de su vigencia.

En estos casos, se procederá a la devolución de la prima pagada.

Para todos los casos de nulidad, el Asegurado perderá todo derecho de solicitar indemnización o beneficio alguno relacionado a esta Póliza.

La nulidad por reticencia y/o declaración inexacta deberá ser solicitada en el plazo de treinta (30) días desde que la Compañía de Seguros tenga conocimiento de esta.

Si el Asegurado hubiera cobrado la indemnización de un siniestro, quedará obligado a devolver a la Compañía de Seguros la suma asegurada percibida, más intereses legales y tributos correspondientes.

AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA BÁSICA

Para todos los casos, el aviso del siniestro deberá ser comunicado a la Compañía de Seguros o al Comercializador dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia.

Los documentos necesarios para la solicitud de cobertura son:

1. Copia simple del Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados donde se verifique los datos del asegurado e indicación de fecha y hora de ingreso y alta.
2. Copia simple de la factura o boleta de pago según corresponda.

En adición, la Compañía de Seguros podrá solicitar los siguientes documentos:

3. Copia fedateada de la Historia Clínica desde la fecha de hospitalización, en caso la compañía lo requiera.
4. Original o copia legalizada del Atestado Policial o Resolución Final de Fiscalía.
5. Original o copia legalizada del resultado de Examen Toxicológico o Dosaje Etílico.

La documentación antes mencionada deberá ser presentada a la Compañía de Seguros o al Comercializador.

La Compañía de Seguros cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro una vez presentada la solicitud de cobertura. En caso la Compañía de Seguros requiera aclaraciones adicionales a la documentación presentada, deberá solicitarlas dentro de los

primeros veinte (20) días, desde la presentación de todos los documentos detallados en la Póliza. Esto suspenderá el plazo para evaluar el siniestro, hasta que se brinden las aclaraciones solicitadas.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el pago de la suma asegurada se realizará, a manera de indemnización, a favor de la sucesión intestada o testamento del asegurado, por lo que los beneficiarios deberán de presentar la copia legalizada de la sucesión intestada o testamento, según corresponda, inscrita en los Registros Públicos.

Las coberturas del contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. Para las coberturas de muerte, el plazo de 10 años se computa desde que el beneficio es conocido por el Beneficiario.

REQUISITOS ESPECÍFICAS PARA LA CLÁUSULA ADICIONAL Fallecimiento

Adicionalmente a los requisitos solicitados en la Cláusula N° 10 del Condicionado General, para la activación de la presente cláusula adicional se deberá de presentar los siguientes documentos:

1. Original o copia legalizada del certificado médico de defunción, en formato oficial completo.
2. Historia Clínica completa, en caso corresponda.
3. Original o copia legalizada de la Partida o Acta de defunción.
4. Copia certificada del Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda.
5. Original o copia certificada del Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.

PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS

Los requerimientos y reclamos serán recibidos vía llamada telefónica, página web o en cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente. La respuesta de los mismos será comunicada al Asegurado o Contratante en un periodo no mayor de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud, mediante el medio acordado.

Centro de Atención al Cliente:

Llámanos al: (01) 500-0000

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Chatea con nosotros: www.interseguro.com.pe

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Atención Presencial:

Av. Javier Prado Este 492, Lima 15073

Lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

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

Las instancias habilitadas, tanto para asegurados como beneficiarios, para presentar reclamos y/o denuncias son:

- Defensoría del Asegurado por montos menores a US\$ 50,000.00 y que sean de competencia de la Defensoría del asegurado, según detalla el reglamento de dicha entidad (web: www.defaseg.com.pe, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro, Lima - Perú; Telefax: 421-0614).
- El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI (Dirección: Calle La Prosa S/N San Borja, web: www.indecopi.gob.pe).
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840.
- El mecanismo de solución de controversias a emplear será la Vía Judicial para toda la controversia, disputa, litigio, o discrepancia entre el Asegurado, Contratante, Beneficiarios y la Compañía de Seguros.

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O COASEGURO

NO APLICA

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Consentimiento para Tratamiento de Datos Personales

Conforme a la Ley de Protección de Datos Personales, Ley 29733, y su Reglamento, Decreto Supremo 3-2013-JUS, a través de este documento Interseguro Compañía de Seguros S.A. ("Interseguro"), con domicilio en Av. Javier Prado Este 492, Lima 15073, informa sobre los alcances del tratamiento[1] de los datos personales que nos facilita con ocasión a la contratación de su seguro.

TRATAMIENTO NECESARIO:

Usted, como Asegurado, otorga a Interseguro su consentimiento previo, informado, expreso e inequívoco para realizar el tratamiento de sus datos personales y sensibles ("Datos Personales"), para la evaluación de riesgo, celebración del contrato, procesamiento y actualización de datos, gestión de cobranzas y cargo de primas, envío de correspondencia y comunicaciones, evaluación y pago de siniestros, entre otros que conforman la ejecución de la relación contractual.

Los Datos Personales serán almacenados en el banco de datos "Clientes" de titularidad de Interseguro, inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales, donde se tratarán hasta que usted revoque formalmente su consentimiento. Los Datos Personales son necesarios para poder ejecutar el contrato de seguro. Usted tiene derecho de revocar su consentimiento en cualquier momento, no obstante, si lo hace durante la vigencia del contrato, Interseguro no podrá cumplir con sus obligaciones derivadas del contrato.

Interseguro podrá transferir a nivel nacional [2] e internacional [3] los Datos Personales a terceros que realizarán actividades relacionadas a la ejecución de la relación contractual por encargo de Interseguro.

TRATAMIENTO OPCIONAL:

Usted, como Asegurado, dependiendo de la opción que marque al final de este casillero, puede otorgar de forma libre, expresa, previa e inequívoca, su consentimiento para que Interseguro transfiera los Datos Personales a las empresas de su grupo económico - Intercorp[4], y para que Interseguro y dichas empresas puedan, respecto a sí mismas: tratar sus Datos Personales con la finalidad de ofrecer, enviar información y publicidad sobre productos y servicios, ofertas y promociones, sea de forma directa o a través de terceras empresas contratadas para tales finalidades, a través de medios personalizados o de sistemas de comunicación masiva; así como para que Interseguro realice estudios de mercado y elaboración de perfiles de compra. Este Tratamiento es Opcional y se realizará hasta el momento en que usted revoque el consentimiento.

Asegurado			
Sí acepto		No acepto	

Para el Tratamiento Necesario y el Tratamiento Opcional:

Interseguro le informa que usted puede ejercer de forma libre, gratuita y en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de Datos Personales, mediante el envío de una comunicación a servicios@interseguro.com.pe o en la Av. Paseo de la Republica 3071, San Isidro, Lima, Perú, conteniendo lo siguiente: a) nombres y apellidos del titular del derecho y acreditación de los mismos. En caso de actuar a través de representante legal, deberá, adicionalmente, adjuntar copia del DNI del representante legal y del título que acredite la representación; b) Petición concreta que da lugar a la solicitud; c) domicilio o dirección electrónica, a efectos de recibir las respuestas o notificaciones; d) Fecha y firma (no aplica firma si es por vía de correo electrónico); e) Documentos que sustenten la petición, de ser el caso. Interseguro atenderá las solicitudes cumpliendo con los plazos y formalidades que establece la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

IMPORTANTE:

- 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.
- El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la Póliza a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días desde la fecha en que La Compañía o Entidad Financiera recibe la solicitud presentada por el Asegurado.
- Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiarios a la Entidad Financiera, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubieran presentado a La Compañía y se entienden recibidas en la misma fecha; así como los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago a la Entidad Financiera se consideran abonados a La Compañía en la fecha de realización del pago.
- La empresa es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- La empresa es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

Firma del Contratante

Representante de La Compañía

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

[1] La Ley de Protección de Datos Personales define al tratamiento de datos personales como cualquier operación o procedimiento técnico, automatizado o no, que permite la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción, consulta, utilización, bloqueo, supresión, comunicación por transferencia o por difusión o cualquier otra forma de procesamiento que facilite el acceso, correlación o interconexión de los datos personales.

[2] Banco Internacional del Perú S.A.A. – Interbank (Av. Carlos Villarán 140, La Victoria, Lima, Perú) para comercialización de productos; Affinity Latam Solutions S.A.C. (Av. Santo Toribio Nro. 115 Int. Pis8, Lima, Perú) para recaudación de primas; Hernán Santiago Christiansen Briceño (Loma Flor 197, Dpto. 301, Surco, Lima, Perú), Hugo Ramón Guillermo Razuri Ramírez (C. los Sauces 260, La Molina, Lima, Perú) para

evaluación médica; Olva Curier S.AC. (Av. Gral. Alvarez de Arenales Nro. 1775, Lince, Lima, Perú) para distribución de cartas de siniestros; Gestión de Soluciones Digitales S.A.C. (Av. Petit Thouars Nro. 4957, Miraflores, Lima, Perú) para digitalización de documentos; Iron Mountain Perú S.A. (Av. Elmer Faucett 3462, Callao, Perú) para custodia de documentos físicos; Enotria S.A. (Av. Nicolás Ayllón 2890 Ate Vitarte Lima 3 – Perú) para generación, impresión y distribución de pólizas y EECC; Masterbase Perú S.A.C. (C. Los Zorzales 160, Piso 3, San Isidro, Lima, Perú) para envío de pólizas por correo electrónico e Intico Perú S.A.C. (C. Manuel Gonzáles Olaechea 338, Int. 101, San Isidro, Lima, Perú) para envío de información por SMS.

CONDICIONADO GENERAL DE SERVICIOS

Nombre del programa:	PROGRAMA VIVE SALUD +
Teléfono de asistencias:	(511) 640-8484
Fecha de inicio:	15/12/2023

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIA

SERVICIOS	Opción 1	Opción 2	Eventos
AMBULANCIA POR EMERGENCIA	S/400.00	S/400.00	3 eventos
ATENCIÓN POR EMERGENCIA	S/800.00	S/800.00	2 eventos
REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE	S/150.00	S/250.00	3 eventos
SEGUIMIENTO VIRTUAL POST ACCIDENTE - TELEMEDICINA GENERAL	100%	100%	3 eventos
ORIENTACION MEDICA TELEFONICA 24 HORAS	Sin tope	Sin tope	Sin Limite
CONSULTA VIRTUAL - TELEMEDICINA GENERAL	Sin tope	Sin tope	Sin Limite
ENVIO Y COORDINACION DE MEDICOS A DOMICILIO	CO PAGO S/ 35.00	CO PAGO S/ 35.00	Ilimitado
ENTREGA DE MEDICAMENTO GENERICO POST CONSULTA A DOMICILIO O TELEMEDICINA (Tratamiento no mayor a 10 días)	S/100.00	S/200.00	12 eventos
CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL HEMOGRAMA COMPLETO GRUPO SANGUIN COLESTEROL TRIGLICERIDOS ORIENTACION MEDICA PARA LECTURA DE RESULTADOS	Coberturado	Coberturado	1 evento anual
CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA EN MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDAD	Sin tope	Sin tope	12 eventos
MEDICAMENTOS GENERICOS DERIVADOS DE LA CONSULTA MEDICA (Tratamiento no mayor a 15 días)	100%	100%	12 Recetas al año
EXAMENES DERIVADOS DE CONSULTA MÉDICA	150	300	4 eventos
SEGUIMIENTO EN LINEA DE TOMA DE MEDICAMENTOS	Sin tope	Sin tope	Ilimitado

1. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

- a) Estos términos y condiciones regulan las características generales, coberturas y exclusiones de los servicios de asistencia incluidos en el Programa Vive Salud+, en adelante, "Programa" ofrecida por American Assist International Perú S.A.C. en adelante "ADDIIVA PERÚ".
- b) ADDIIVA PERÚ le brindará al titular servicios de asistencia las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año a través de ADDIIVA PERÚ y acorde a lo establecido en el Programa. Por ello, es necesario que ADIIVA PERÚ disponga de los recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier emergencia o solicitud de referencias, sujetándose al Programa.

2. DEFINICIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA

Los términos señalados a continuación que se encuentren aquí definidos tendrán los significados que se le atribuyen a los mismos en este documento de Términos y Condiciones del Servicio.

- a) TITULAR: Son los suscriptores o clientes que hayan contratado el Programa de asistencia a través del canal definido . El servicio sólo puede ser contratado por el Titular.
- b) BENEFICIARIO: Integrante de la familia, esposa, cónyuge, hijos menores de 18 años, padres (adulto mayor) y/o trabajadores del hogar, registrados como beneficiarios al momento de adquirir el programa.
- c) EVENTO: El hecho que, ocurrido en un mismo momento, produce el daño, avería, desperfecto en una única oportunidad con la asistencia.
- d) PERIODO DE VIGENCIA: Período durante el cual se consideran activos los servicios del Programa.
- e) PROVEEDOR: Tercero que, por cuenta de ADDIIVA PERÚ, presta directamente los Servicios al Titular.
- f) RESIDENCIA PERMANENTE: El domicilio habitual que el titular en la ciudad de Lima , Perú informe o haya informado o cualquier otro domicilio que el titular haya notificado a ADDIIVA PERÚ con posterioridad a su afiliación al programa y registrado en los sistemas de ADDIIVA PERÚ, siempre que se encuentre dentro del territorio del Perú. Este domicilio será considerado como del titular para los efectos de los Servicios de asistencia, con máximo 1 (un) domicilio registrado y con máximo de 1(un) cambio de domicilio por semestre de vigencia.
- g) SERVICIOS: Los servicios de asistencia contemplados y descritos en el Condicionado de Producto.
- h) SITUACIÓN DE ASISTENCIA: Todo hecho o acto, accidente, ocurrido al titular y/o beneficiarios que estando dentro de los términos y con las características y limitaciones establecidas en el Condicionado del Producto, den derecho a solicitar la prestación de los Servicios.

i) SOLES: La moneda de curso legal vigente en Perú

3. DETALLE DE COBERTURAS Y EXCLUSIONES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA

ASISTENCIA MÉDICA

AMBULANCIA POR EMERGENCIA

En caso de que el titular o asegurado adicional, sufra un accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran de una atención médica inmediata o su hospitalización, ADDIUVA gestionará el traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, ADDIUVA coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad. Este servicio se brindará hasta el valor máximo del tope de cobertura del programa.

Exclusiones del servicio:

- Zona donde no exista la infraestructura necesaria para el traslado del paciente
- Ambulancias programadas
- Dolencias derivadas del embarazo
- Retiro de pacientes de hospitales o clínicas

Nota: Para el titular y/o beneficiario (gestante), solo se excluye las dolencias derivadas propias del embarazo, si requiere traslado y/o hospitalización, causado por accidente o lesiones que no involucren riesgo de embarazo, se procederá a brindar el servicio.

ATENCIÓN POR EMERGENCIA

En caso de que el titular o asegurado adicional, sufra una emergencia derivada de una enfermedad grave y/o accidente que le provoque lesiones o traumatismo que lo derive a una sala de emergencia podrá coordinar con ADDIUVA por el reintegro de los gastos por estabilización del paciente. Este servicio se brindará hasta el valor máximo del tope de cobertura del programa.

Exclusiones del servicio:

- Gastos por internamiento del paciente
- Gastos por procedimientos, posterior a las atenciones de emergencia.

REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

Servicio orientado a realizar el reintegro económico por gastos en medicamento a consecuencias de un accidente, este servicio se brindará hasta el tope de cobertura siempre y cuando existan los documentos contables que sustenten dicho gasto y la receta del médico tratante, para requerir este servicio el afiliado o asegurado adicional deberá de comunicarse con la central telefónica dentro de las 24 horas de ocurrido el accidente.

Exclusiones del servicio:

- Productos de limpieza y/o aseo personal
- Vitaminas y/o productos energizantes
- Inyectables y/o sondas

SEGUIMIENTO VIRTUAL POST ACCIDENTE – TELEMEDICINA GENERAL

Servicio de TELEMEDICINA que proporciona ayuda al titular o asegurado adicional posterior al accidente, este servicio será brindado por un profesional médico, quien aconsejara tratamientos que pudieran ayudar a mejorar la salud del titular. ADDIUVA se exime de toda responsabilidad por los actos u omisiones que pudiera concretar el TITULAR después de la Telemedicina.

Exclusiones del servicio:

- Exámenes complementarios, procedimientos.
- Atención de urgencias o emergencias.
- Emisión de descanso médicos.

ORIENTACION MEDICA TELEFONICA

Servicio de orientación médica telefónica proporcionado por profesionales del área de la salud, orientado a responder las inquietudes efectuadas por él titular o asegurado adicional, en búsqueda de una orientación en Medicina General tales como enfermedades, dolencias, síntomas, malestares, imprevistos de salud.

ADDIUVA PERÚ se exime de toda responsabilidad por los actos y/u omisiones que pudiera concretar el titular o asegurado adicional posterior de la orientación telefónica.

Exclusiones del servicio:

- Prescripción de medicamentos
- Diagnóstico de enfermedades y/o accidentes
- Emisión de licencias médicas.

TELEMEDICINA EN (MEDICINA GENERAL)

El servicio de TELEMEDICINA pone a disposición del titular o asegurado adicional, un staff de profesionales en Medicina General a través de videoconferencia. El profesional podrá aconsejar y recomendar opciones de tratamiento. Para la entrega de este servicio el cliente deberá contar con acceso a internet estable. ADDIUVA se exime de toda responsabilidad por los actos u omisiones que pudiera concretar el TITULAR o asegurado adicional después de la Telemedicina.

Exclusiones del servicio:

- Exámenes complementarios, procedimientos y/o tratamientos.
- Atención de urgencias o emergencias.
- Emisión de descanso médicos

MEDICO A DOMICILIO (MEDICINA GENERAL)

A solicitud del titular o asegurado adicional, ADDIUVA, a través de su red de profesionales, ubicará a un médico, en Medicina General para que pueda asistir en su domicilio, . El profesional podrá aconsejar y recomendar opciones de tratamiento al igual que emitir recetas simples.

Exclusiones del servicio:

- Atención de Urgencias y/o emergencias.
- Atención en especialidades.

ENTREGA DE MEDICAMENTO GENÉRICO POST CONSULTA A DOMICILIO O TELEMEDICINA (TRATAMIENTOS NO MAYORES A 10 DÍAS)

Cuando a raíz de la consulta en Telemedicina y Médico a domicilio, el profesional de la salud recete medicamentos que deriven de la misma, estos serán cubiertos por ADDIUVA hasta el tope de la cobertura del programa. (Tratamientos no mayores a 10 días).

Exclusiones del servicio:

- Medicamentos de marca
- Productos de limpieza y/o pañales
- Inyectables y/o sondas

CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL

A través de esta asistencia el titular o asegurado adicional podrá solicitar el servicio de chequeo anual (preventivo). Esta prestación considera los honorarios del médico profesional, Hemograma completo, Grupo Sanguíneo, examen de colesterol y triglicéridos.

Este servicio podrá ser solicitado al cumplimiento el segundo mes de afiliación.

Exclusiones del servicio:

- Atenciones o controles posteriores a la primera atención.
- Exámenes y medicamentos.
- Cualquier otro examen no considerado en los servicios en cobertura.

CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA EN MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDAD

Cuando el titular o asegurado adicional requiera realizar una consulta médica general ambulatoria, ADDIUVA coordinará con los centros médicos afiliados a su red, para que sea atendido, Este servicio será programado y cubierto por ADDIUVA a través del programa de salud.

Exclusiones del servicio:

- Consultas en la especialidad de Psiquiatría
- Consultas en la especialidad de Odontología
- Consultas en la especialidad de Infectología

- Consultas en la especialidad de Proctología
- Consultas en la especialidad de Mastología
- Exámenes, Imágenes y/o placas solicitadas en la consulta médica.
- Cualquier otro examen no considerado en los servicios en cobertura.

MEDICAMENTOS GENÉRICOS DERIVADO DE LA CONSULTA MÉDICA

Cuando a raíz de la consulta médica ambulatoria el profesional de la salud recete medicamentos que deriven de la misma, estos serán cubiertos por ADDIUVA. (Tratamientos no mayores a 15 días).

Exclusiones del servicio:

- Medicamentos de marca
- Productos de limpieza y/o pañales
- Inyectables y/o sondas

EXÁMENES DERIVADOS DE LA CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA

Cuando a raíz de la consulta médica ambulatoria, el profesional de la salud derive a Exámenes estos serán cubiertos por ADDIUVA hasta el tope de la cobertura del programa.

SEGUIMIENTO EN LÍNEA DE TOMA DE MEDICAMENTOS

A través de esta asistencia, el titular o asegurado adicional, podrá solicitar el servicio de seguimiento de toma de medicamentos, un médico en línea lo orientará y recordará sobre la programación de toma de medicamentos.

4. OTRAS CONDICIONES CONTRACTUALES:

EXCEDENTES

Se consideran excedentes todos aquellos gastos adicionales al valor tope de servicio de la asistencia, ya sea por un servicio adicional o porque el trabajo a realizar incluye gastos mayores. El excedente será pagado en forma inmediata por el Titular con sus propios recursos al prestador del servicio

5. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS DE ASISTENCIAS

No son objetos de los Servicios, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- Los servicios se prestarán siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada en la localidad correspondiente.
- Cuando en el país, se declare un estado de emergencia, inmovilización civil (toque de queda) a causa de un desastre natural, pandemia, epidemia y/u otros que atenten contra la salud y el bienestar público.
- La mala fe del titular o del Beneficiario comprobada por el personal de Asistencia.
- Los servicios que el titular o el Beneficiario haya contratado sin previo consentimiento e información de la Asistencia.
- Actos realizados por el titular o el Beneficiario con dolo o mala fe comprobado por la asistencia.
- Cuando el titular o el Beneficiario no proporcionen información veraz y oportuna, por lo que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Cuando se reporte la emergencia en un plazo superior al tiempo indicado en cada cobertura.

6. OBLIGACIONES DEL USUARIO

A fin de que el titular o sus Beneficiarios pueda(n) disfrutar los servicios del Programa, deberá(n) cumplir con lo siguiente:

- Abstenerse de realizar gastos o arreglos de forma particular sin haber consultado previamente con el encargado responsable de ADDIUVA.
- Informar a la asistencia del evento en un plazo NO superior al tiempo indicado en cada cobertura.
- Identificarse como Titular o sus Beneficiario ante los encargados de ADDIUVA o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

7. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

En caso el Titular requiera de los servicios contemplados en el Programa, se procederá de la siguiente manera:

- El titular que requiera del servicio se comunicará al siguiente número de contacto: **(511) 640-8484**
- El titular debe reportar la solicitud de asistencia en el momento que requiera la asistencia.
- El Titular procederá a suministrar al funcionario que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como titular, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado,

tales como la ubicación exacta.

8. CARENCIA DE SOLICITUD DE SERVICIOS

- De acuerdo al cuadro de cobertura.

9. RESTITUCIÓN DE GASTOS

Únicamente cuando se cumplan las siguientes condiciones el titular tendrá derecho a algún tipo de reembolso:

- a) Obligatorio y excluyente, haberse comunicado con la línea de asistencia.
- b) Obligatorio y excluyente haber solicitado antes de contratar un servicio cubierto por el presente condicionado, una autorización de la asistencia, la cual deberá pedirse por teléfono, sólo cuando la compañía de asistencia no pueda prestar el servicio y se encuentre esto justificado.
- c) Una vez autorizada la solicitud previa, se enviará al Titular un mail con el procedimiento para hacer efectivo el reembolso.
- d) En ningún caso la compañía de asistencia realizará una restitución económica sin que al Titular haya remitido las facturas originales correspondientes (con detalle de prestación) y éstas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley
- e) En ningún caso la compañía de asistencia realizará una restitución económica sin que al Titular haya solicitado el servicio a través de la plataforma de asistencia.
- f) El Titular tiene un plazo de 07 días calendario, para hacer llegar la documentación original, para hacer efectivo el cobro de la restitución económica, pasado este tiempo no tendrá lugar a este beneficio

SOLICITUD CERTIFICADO SEGURO VIDA GRUPO BETTERFLY

Código SBS N° VI2027200233

Póliza 5000048

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

DATOS DE LA COMPAÑÍA

Razón Social	Interseguro Compañía de Seguros S.A.
RUC	20382748566
Dirección	Av. Javier Prado Este 492 - San Isidro
Teléfono	500-0000
Página Web	www.interseguro.com.pe

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social	Betterfly Perú S.A.C.
RUC	20609387646
Dirección	Av. República de Panamá 3535, San Isidro
Teléfono	225 2568
Correo Electrónico	enrique@valps.com

EL ASEGURADO

Se especifican en el condicionado de Vive Salud +

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Denominación del Producto	Vida Grupo Betterfly
Riesgo	Vida Grupo
Moneda	Sol
Fecha de inicio de vigencia	«FECHA_INICIO_ASEGURADO»
Fecha de fin de vigencia	«FECHA_FIN_ASEGURADO»
Plazo de vigencia	1 año renovable
Lugar y forma de pago	A través de Betterfly
Frecuencia de pago de primas	Mensual

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edad mínima de ingreso 18 años	Edad máxima de ingreso 59 años y 364 días	Edad máxima de permanencia (1) 69 años y 364 días
-----------------------------------	--	--

MONTO DE PRIMA COMERCIAL

Riesgos Cubiertos	Rango de edad	Tasa Anual Soles (2)	Suma Asegurada Soles (3)	Prima Comercial Soles (4)	Prima Bruta soles (incluye IGV)
<u>Principal</u>					
Fallecimiento Natural	18-75	Según plan contratado	NO APLICA	-	-
Fallecimiento Accidental	18-75		200	-	-
<u>Adicionales</u>					
Incapacidad permanente por Accidente	18-75	Según plan contratado	400	-	-

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

Cobertura Principal

- Fallecimiento Natural: No Aplica.
- Fallecimiento Accidental: Suma asegurada máxima S/ 120,000 soles.

Coberturas adicionales:

- Incapacidad Permanente Por Accidente: Suma asegurada Máxima S/240,000 soles.

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

- (1) Vigencia Máxima
- (2) Es la tasa de tarifa anual por mil de suma asegurada para cada cobertura
- (3) Los valores están expresados en soles, cuyo tipo de cambio será lo establecido de acuerdo a la entidad financiera que el Contratante ha elegido para el pago de prima.
- (4) Prima anual se obtiene del producto de la tasa anual y la suma asegurada para cada cobertura, en base a esta prima se calculará la prima comercial.

Para obtener mayor información de su póliza, el Asegurado puede solicitarle las Condiciones Generales y Condiciones Particulares a La Compañía o visualizarlas a través de la página web www.interseguro.pe o a través del Portal del Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

El riesgo cubierto por la presente póliza es el Fallecimiento Accidental del Asegurado, por lo que, de ocurrir un siniestro al Asegurado, la Compañía pagará por única vez al(los) Beneficiario(s) la suma asegurada.
La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en la Solicitud-Certificado del Seguro.

DESCRIPCIÓN DE LAS CLÁUSULAS ADICIONALES

Incapacidad permanente por Accidente.

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre:

1. Suicidio, a menos que hubieran transcurrido un (01) año completo e ininterrumpido desde la fecha en que se contrató el seguro.
2. Pena de muerte o muerte producida por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.
3. Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o partícipe, por uno o más beneficiarios o por quienes pudieren reclamar la suma asegurada, sin perjuicio del derecho que les asiste a los demás beneficiarios no partícipes de dicho acto, de reclamar el porcentaje o alícuota correspondiente de la suma asegurada.
4. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, terrorismo, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
5. Fisión o fusión nuclear, así como contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
6. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; o intervenir en viajes submarinos.
7. Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre; o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la incapacidad del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

1. Intento de suicidio cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.
2. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
3. Tratamiento médico, fisioterapéutico, quirúrgico o anestésico.
4. Si el accidente que ha causado la incapacidad se ha originado con anterioridad al inicio de la vigencia de la cobertura del asegurado
5. Enfermedad

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En caso de comercialización a través de comercializadores o utilizando mecanismos de comunicación a distancia, dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el Asegurado recibe la póliza, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa ni penalidad alguna, y en tanto no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el presente contrato, comunicando su decisión a los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Asimismo, se procederá a devolver la prima recibida dentro de los treinta (30) días siguientes contados desde la recepción de la solicitud, no sujeta a penalidad alguna. Asimismo, cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Corredores y éstos hayan utilizado sistemas de comercialización a distancia, resultará aplicable el Derecho de Arrepentimiento, conforme a lo establecido en el artículo 31 de la Resolución SBS N° 809-2019.

PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DE SU INCUMPLIMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

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

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

1. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12 "Solicitud de Resolución sin expresión de causa del Contrato".
2. Cuando se solicite la cobertura del seguro fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas según el procedimiento establecido en el último párrafo del Artículo N° 15 "Aviso del siniestro y solicitud de cobertura".
3. El Asegurado tiene derecho a revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento, en caso el Contratante y el Asegurado sean personas distintas. En este supuesto la cobertura cesa desde la recepción de dicho documento y la prima no devengada será devuelta al Contratante.
4. En caso el Contratante o el Asegurado optase por la resolución del Contrato o Solicitud-Certificado, respectivamente; La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido no resultando aplicables penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al período no devengado.

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

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

El Contratante podrá solicitar la resolución sin expresión de causa del contrato, debiendo notificar esta decisión con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario de la fecha efectiva de terminación. Para estos efectos el Contratante deberá acreditarse como tal ante Interseguro. Si el Contratante tuviese algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado

deberá otorgar un poder notarial para que un tercero lo realice en su nombre, a través de una carta poder con firma legalizada. En caso el Asegurado desee resolver la Solicitud-Certificado de Seguro, este requerimiento será canalizado por el Contratante.

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

Interseguro procederá a realizar la cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada. El contrato terminará una vez transcurrido 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.

NULIDAD DEL CONTRATO

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

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

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

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

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

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

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

AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA BÁSICA

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

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

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

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

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

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

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

Ministerio Público, en caso corresponda.

- Original o copia certificada del resultado de Análisis Toxicológico, emitido por el Instituto de Medicina Legal, en caso corresponda.

Se deja expresa constancia que, en caso de muerte natural, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud donde se diagnosticó la enfermedad que causó el deceso del Asegurado, la cual deberá

contener el Informe Anatomopatológico del diagnóstico inicial, en caso corresponda; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso, siempre que el establecimiento de salud donde se produjo el deceso sea diferente al que se pronunció sobre el diagnóstico de la enfermedad, de corresponder.

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

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

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

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

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

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

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

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

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

REQUISITOS ESPECÍFICAS PARA LA CLÁUSULA ADICIONAL

Cláusula Adicional de Incapacidad Permanente Accidental:

1. Copia simple del DNI del Asegurado.
2. Historia Clínica completa foliada y fedateada expedida por el Hospital o Clínica que atendió la emergencia del Asegurado.
3. Original o copia certificada del acta de intervención policial y/u original o copia certificada del atestado policial, en caso corresponda, expedido por la Policía Nacional del Perú - PNP; Original o copia certificada de los resultados de dosajes etílicos y toxicológicos, en caso corresponda, expedidos por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público.

CANALES DE ORIENTACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA

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

PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS

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

Teléfono: 5 000 000

www.interseguro.com.pe

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS Y MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS 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: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro, Lima – Perú; Telefax: 421-0614).
- 2.2. El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (Dirección: Calle La Prosa S/N San Borja, web: www.indecopi.gob.pe, teléfono: 224-7777).
- 2.3. Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (Dirección: Av. Dos de Mayo 1475 - San Isidro, web: www.sbs.gob.pe, teléfono gratuito N° 0-800-10840).

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O COASEGURO

No aplica

IMPORTANTE:

- La Solicitud-Certificado de Seguro y demás documentos vinculados con la póliza, serán enviados al correo electrónico declarado por el Asegurado.
- El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la póliza a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días desde la fecha en que La Compañía o Comercializador recibe la solicitud presentada por el Asegurado.
- Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado, Beneficiarios al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubieran presentado a La Compañía y se entienden recibidas en la misma fecha; así como los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al Comercializador se consideran abonados a La Compañía en la fecha de realización del pago.
- La empresa es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- La empresa es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

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



«FECHA_INICIO_ASEGURADO»

Fecha

Firma Interseguro

ANEXO

1. Red de clínicas

CLINICA PROVIDENCIA	CLINICA PROSALUD - PUNO	CLINICA SAN JUAN DE DIOS AREQUIPA	CLINICA BELEN S.A.C	CLINICA DEL SUR – RED SANNA (EX CLÍNICA GALENO)
CLINICA SAN PABLO - SURCO	CLINICA EL NAZARENO	CLINICA SANTA BEATRIZ	CLINICA JOCKEY SALUD / CENTROS MEDICOS DEL PERU	CLINICA PERUANA DE LOS ANDES
CLINICA SAN GABRIEL (RED SAN PABLO)	CLINICA CORPOMEDIC SAN MARTIN	CLINICA ALIVIARI	CLINICA CAMPOS	CLINICA LIMATAMBO - SAN ISIDRO
CLINICA SANTA MARTHA DEL SUR SAC	CLINICA MONTEFIORI	CLINICA PERUANO SUIZA	CLINICA INMACULADA CONCEPCION	CLINICA LIMATAMBO CAJAMARCA
CLINICA NUEVO SAN JUAN BAUTISTA (RED SAN PABLO)	CLINICA DE CORTA ESTANCIA ROCA	CLINICA MAS SALUD	CLINICA LA LUZ	CLINICA LIMATAMBO CALLAO
CLINICA JESUS DEL NORTE SAC (RED SAN PABLO)	INVERSIONES DI FLORIO SAC (CLINICA TATAJE)	CLINICA SEÑOR DE LUREN DE ICA	CLINICA SAN JUAN	CLINICA SAN MARTIN
CLINICA LA MERCED SAC (RED SAN PABLO)	LA ESPERANZA DEL PERU SA SANNA	CLINICA SANTO DOMINGO	CLINICA SANTA EMILIA	CORPORACION GESTORES MEDICOS S.A.C
CLINICA SAN PABLO HUARAZ (RED SAN PABLO)	CENTRO CLINICO TALARA - SANNA	CLINICA SANTA ANA S.A.C.	CLINICA BELLO HORIZONTE	CORPORACION GESTORES MEDICOS S.A.C
CLINICA CERRO COLORADO S.A.C.(RED SAN PABLO)	CLINICA MONTELUZ	SANNA CLINICA SANCHEZ FERRER	CLINICA HOLISTICA	CORPORACION GESTORES MEDICOS S.A.C
CLINICA MAISON DE SANTE - CHORRILLOS	CLINICA EL GOLF SANNA	CLINICA VIRGEN DE LAS NIEVES	CLINICA LA LUZ (TACNA)	FMC MEDICAL CENTER
CLINICA MAISON DE SANTE - SURCO	CLINICA CHORRILLOS	CLINICA SAN JUAN	CLINICA TRAMAZON	FMC MEDICAL CENTER
CLINICA MAISON DE SANTE - CERCADO	CLINICA SAN MARCOS	CLINICA SELVA AMAZONICA	CLINICA TRESA	FMC MEDICAL CENTER
CLINICA SAN MIGUEL	CLINICA PROSALUD CHOTA	CLINICA DE DIOS	CLINICA VIRGEN DEL ROSARIO	POLICLINICO SANTA MARIA MAGDALENA
CLINICA BELLAVISTA (RED AUNA)	CLINICA CAYETANO HEREDIA	CLINICA GONZALES	CLINICA DEL SUR S.A.C.	DIAGNOSCAN - LIMA
CLINICA MARIA DEL SOCORRO	CLINICA SANTA ANA	SANNA CLINICA BELEN	CLÍNICA ORTEGA S.R.L	DIAGNOSCAN - SANTIAGO DE SURCO
CLINICA GUADALUPE	CLINICA SAN JUDAS TADEO	CLINICA MONTE SINAI	CLINICA DR VICTOR PAREDES E.I.R.L	DIAGNOSCAN - CHORRILLOS
CLINICA GOOD HOPE	CLINICA VERSALLES	CLINICA SALDAÑA	CLINICA MEDICAL CUSCO SAC	MULTILAB
CLINICA HIGUERETA	CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD SANTA ANA SAC	CENTRO MEDICO SINAI	CLÍNICA LAS AMÉRICAS
CLINICA UNIVERSITARIA	CLINICA VIRGEN ASUNTA	CLINICA DE LA FAMILIA	HOSPITAL PRIVADO JUAN PABLO II	CLÍNICA SAN JOSÉ SAC
CLINICA SANTA MARIA DE CHIMBOTE	CLINICA SANTA TERESA	CLINICA MONTE HOREB	CENTRO MEDICO FONSECA BRICEÑO	CLÍNICA PARDO SAC
CLINICA SANTA ROSA DE SULLANA	CLINICA MONTE CARMELO	CENTRO NEUROQUIRURGICO DE LA SELVA S.A.C.	AMAZON DENTAL CARE	CENTRO MÉDICO VINALI
CENTRO MÉDICO CENTIR	UNILABS LABORATORY DIAGNOSTICS SERVICES S	CENTRO MEDICO MEDISIS	SAN PABLO - SEDE AREQUIPA	CLINICA ANTONIO RAIMONDI
CENTRO MEDICO BLAU SAC	SAN PABLO - SEDE SURCO	SAN PABLO - SEDE JESUS DEL NORTE	SAN PABLO - SEDE HUARAZ	INVERSIONES MEDICAS BIENVITAL
LABORATORIO QUALAB S.A.C	SAN PABLO - SEDE CLINICA SAN GABRIEL	SAN PABLO - SEDE TRUJILLO	POLICLINICO JIREH S.A.C.	