

**Solicitud-Certificado Seguro Renta Hospitalaria
Código SBS N° AE2026400230
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias**

DEL CONTRATANTE PARA EL ENVÍO DE SU PÓLIZA DE SEGURO ELECTRÓNICA

El Contratante declara expresamente que ha sido debida y previamente informado por La Compañía o Interbank que su Póliza de seguro y demás documentos que en adelante deriven de la misma serán enviados vía correo electrónico desde el dominio Interseguro la cual se dará por recibida con el registro de recepción del servidor de destino. La póliza contiene una firma digital y garantiza la autenticidad e integridad del documento. El Contratante declara conocer que el envío por este medio le permitirá obtener más rápido la información de su seguro contribuyendo a preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, y asimismo garantiza haber suministrado un correo válido para la recepción de su póliza electrónica.

El Contratante acepta el envío de su Póliza al correo electrónico declarado.

SI NO

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	611-4700
Correo Electrónico	servicios@interseguro.com.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

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 - AUTORIZACION 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 "Renta Hospitalaria" en la:

Medio de pago: _____ Tipo Tarjeta: _____

Nro. de Tarjeta / Fecha de Vencimiento:
cuenta Bancaria: _____

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 18 años	Edad máxima de ingreso Hasta antes de cumplir 65 años	Edad máxima de permanencia Sin Límite

COBERTURA Y SUMA ASEGURADA	
COBERTURA	PLAN FULL Moneda Soles
Renta hospitalaria por accidente	Suma asegurada: Plazo máximo cubierto: Hasta 365 días. Carencia: No aplica Deducible: No aplica Número máximo de eventos cubiertos: Ilimitados Beneficiarios: Asegurado

CLÁUSULAS ADICIONALES Y SUMAS ASEGURADAS	
COBERTURAS	PLAN FULL Moneda Soles
Fallecimiento Accidental	Suma asegurada: S/ 2,500 Plazo máximo cubierto: No aplica Deducible: No aplica Número máximo de eventos cubiertos: 1 Beneficiarios: Legales
Renta hospitalaria por Enfermedad	Suma asegurada: Plazo máximo cubierto: Hasta 365 días. Carencia: 60 días Número máximo de eventos cubiertos: Ilimitados. Beneficiarios: Asegurado.

MONTO DE PRIMA COMERCIAL	
PLAN	Plan
	Prima Comercial
FULL	Prima Comercial + IGV

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

DESCRIPCIÓN DE LAS CLÁUSULAS ADICIONALES
<p>Fallecimiento Accidental La Compañía de Seguros paga el monto de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado por fallecimiento del Asegurado que se produzca como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.</p> <p>Para estos efectos, se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días calendarios, siguientes de ocurrido el accidente.</p> <p>La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado del Seguro.</p>

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.

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.

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

Fallecimiento Accidental

Este seguro no cubre: 1. Actos delictivos o que constituyan la causa del siniestro en las que participen el asegurado y/o personas con interés asegurable.

Renta Hospitalaria por Enfermedad

Adicional a lo indicado en Condicionado General o Solicitud Certificado, este seguro no cubre: 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, surmenaje, enfermedades emocionales, desórdenes funcionales de la mente y tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico. 3. Despistajes de enfermedades, tratamiento y/o medicina preventiva. 4. Cirugía o tratamientos estéticos, plásticos o reconstructivos, cirugías por mamo 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.

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, con una anticipación mínima de treinta (30) días calendarios.

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 Interseguro, 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 los treinta (30) días de la recepción de la solicitud de resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza.

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. 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 Accidental

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:

- Copia fedateada de acta de defunción
- Copia fedateada y/o legalizada del certificado de defunción. Se entiende por copia legalizada todo documento que cuente con una certificación de reproducción notarial.
- Copia fedateada de protocolo de necropsia completo.

PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS

Los requerimientos y reclamos serán recibidos, vía llamada telefónica, correo electrónico, 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 treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud, mediante el medio acordado.

Lima

Av. Paseo de la República 3071, San Isidro. Horario de Atención:
Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Teléfono: 5000000

Chiclayo

Calle Los Dulantos 110, Urb. Santa Victoria. Horario de Atención:
Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 1:00 p.m./ 2:00 p.m. a 6 p.m.

Arequipa

Mz. D Lote 1, Urb. Los Cedros – Yanahuara – Arequipa.

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 2:00 p.m./ 3:00 p.m. a 6 p.m.

Trujillo

Calle Santa Martha Mz H Lote 15 – Urb. La Merced. Horario de Atención:

Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 2:00 p.m./ 3:00 p.m. a 6 p.m

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

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 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 N° 492, Of. 2601, Urb. Jardín, San Isidro - Lima, 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.

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

Firma del Contratante

Fecha

[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.

[3] No Aplica

[4] Banco Internacional del Perú S.A.A. – Interbank (Av. Carlos Villarán 140, La Victoria, Lima, Perú), Interfondos S.A. Sociedad Administradora de Fondos (Av. Carlos Villarán 140, Piso 6, La Victoria, Lima, Perú), Financiera Oh! S.A. (Av. Aviación 2405, Piso 9, San Borja, Lima, Perú), Tiendas Peruanas S.A. (Av. Aviación 2405, Piso 7, San Borja, Lima, Perú), Inteligo Sociedad Agente de Bolsa S.A. (Av. Rivera Navarrete 501, Piso 21, San Isidro, Lima, Perú), Supermercados Peruanos S.A. (C. Morelli 181, Piso 2, San Borja, Lima, Perú), Real Plaza S.R.L. (Av. Punta del Este 2403, Piso 2, Jesús María, Lima, Perú), Inretail Pharma S.A. (Av. Defensores del Morro 1277, Chorrillos, Lima, Perú), Colegios Peruanos S.A. (Av. Carlos Villaran 140, Piso 7, La Victoria, Lima, Perú), Universidad Tecnológica del Perú S.A.C (C. Natalio Sánchez 125, Lima, Perú).

CONDICIONADO DEL SERVICIOS DEL PROGRAMA "INTERSEGURO – RENTA HOSPITALARIA INTERBANK"
SUSCRITO ENTRE IMPULSIMPULSA 365 S.A.C E INTERSEGURO.

1. INTRODUCCION.

INTERSEGURO con su programa "**INTERSEGURO – RENTA HOSPITALARIA INTERBANK**", le brinda Asistencia Médica y Hogar, ante cualquier eventualidad las 24 horas del día, los 365 días del año. Con tan sólo una llamada, dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier problema, sujetándose para ello al presente contrato.

2. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

2.1 DEFINICIONES.

Siempre que se utilicen letras mayúsculas en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

A) **INTERSEGURO**: Compañía de Seguros S.A.

B) **I365**: IMPULSIMPULSA 365 S.A.C

C) **AFILIADO Y SU FAMILIA**: Es la persona física **AFILIADO a INTERSEGURO** que se haya **AFILIADO Y a "INTERSEGURO - RENTA HOSPITALARIA INTERBANK"**. Dentro de este rubro se entenderán como **BENEFICIARIOS del AFILIADO Y SU FAMILIA** el cónyuge, hijos y/o dependientes menores de 18 años que vivan permanentemente y bajo la dependencia económica del **AFILIADO**, quienes podrán gozar de todos los servicios a los que tiene derecho el **AFILIADO** de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.

D) **TITULAR**: **AFILIADO Y SU FAMILIA** principal de **INTERSEGURO**.

E) **NUEVOS SOLES**: La moneda en curso legal en la República del Perú

F) **SERVICIOS**: Los servicios de asistencia contemplados en "**INTERSEGURO**" y que se refiere el presente documento.

G) **SITUACIÓN DE ASISTENCIA**: Todo hecho o acto del hombre, accidente, avería o falla de un vehículo del **AFILIADO Y SU FAMILIA** ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidas en el documento, que den derecho a la prestación de los **SERVICIOS**.

H) **ACCIDENTE**: Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales al **AFILIADO Y SU FAMILIA**, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad) que ocurra al **AFILIADO Y SU FAMILIA** durante la vigencia del presente documento.

I) **FAMILIAR**: Cónyuge e hijos y/o dependientes económicos de un **AFILIADO** menores de 18 años.

J) **FECHA DE INICIO**: Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece **I365** estarán a disposición del **AFILIADO** de **INTERSEGURO**.

K) **PAÍS DE RESIDENCIA**: La república del Perú.

L) **REPRESENTANTE**: Cualquier persona, sea o no acompañante del **AFILIADO Y SU FAMILIA** que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

M) **TERRITORIALIDAD PARA SERVICIOS EN EL HOGAR**:

Lima Metropolitana, Callao y Balnearios

Por el Norte: Hasta la Variante de Ancón.

Por el Sur: Hasta Villa el Salvador (en verano se amplía hasta Asia).

Por el Este: Hasta Chosica.

Por el Oeste: Hasta la Punta.

Provincias: El radio de acción será de 40km. a la redonda, partiendo del centro de cada ciudad.

Por el Norte: Tumbes, Piura, Sullana, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote y Huaraz.

Por el Sur: Chíncha, Pisco, Ica, Arequipa, Juliaca, Puno y Tacna.

Por el Este: Huancayo, Huánuco y Cuzco.

3. BENEFICIOS.

3.1 SERVICIOS DE MEDICO A NIVEL NACIONAL

A) ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y REFERENCIA:

En caso de que el **AFILADO Y SU FAMILIA** requieran de una consulta telefónica con un médico ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), **I365** gestionará, coordinará un enlace telefónico con un médico especialista en medicina general para que absuelva su consulta, así como también brindara referencia al tema. Este servicio se brindará las 24 horas del día. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LÍMITE DE EVENTOS.**

B) ORIENTACIÓN PEDIÁTRICA TELEFÓNICA:

En caso de que el **AFILADO Y SU FAMILIA** requieran de una consulta telefónica con un médico pediatra ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), **I365** gestionará, coordinará un enlace telefónico con un médico especialista en pediatría para que absuelva su consulta, así como también brindara referencia al tema. Este servicio se brindará las 24 horas del día. El servicio aquí indicado se realizará: **15 ENLACES AL AÑO.**

C) ENVIO DE MEDICOS A DOMICILIO:

En caso de que el **AFILIADO Y SU FAMILIA** sufran una enfermedad o padecimiento del momento y que requiera la evaluación o diagnóstico de un Médico General, **I365** gestionará y cubrirá el costo del traslado del médico a la residencia del **AFILIADO**, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del **AFILIADO Y SU FAMILIA** siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita.

Las visitas médicas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados por **I365**, no están cubiertas, y **I365** no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el **AFILIADO** o terceros. **CO PAGO DE S/. 35.00 NUEVOS SOLES POR EVENTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS.**

D) AMBULANCIA POR EMERGENCIA:

En caso de que el **AFILIADO Y SU FAMILIA** sufran una enfermedad grave o accidente tales que requieran su hospitalización o estabilización, **I365** gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad con un límite máximo de: **S/. 350.00 SOLES POR EVENTO Y 4 EVENTOS AL AÑO.**

E) HEMOGRAMA COMPLETO, PROTEÍNA C-REACTIVA:

En caso de que el **AFILIADO Y/O SU FAMILIA** requieran realizarse los exámenes de Hemograma completo y Proteína c-reactiva, **I365** gestionará y coordinará una cita con el laboratorio disponible más cercano a la vivienda del **AFILIADO**. Este servicio se brindará **"HASTA DE S/.150.00 NUEVOS SOLES Y 1 EVENTO POR AÑO.**

En caso de exceder la cobertura, el cliente podrá realizar el pago de la diferencia por los servicios que necesite, previa información de la central de emergencias de **I365.**

F) CONSULTA OFTALMOLÓGICA GENERAL (MEDICIÓN DE VISTA, FONDO DE OJO)

En caso de que el **AFILIADO Y SU FAMILIA** requieran realizar la consulta, **I365** coordinará una cita médica con un especialista en oftalmología el cual realizará un despistaje para prevención de enfermedades y medición ocular (fondo de ojo). El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/300.00 NUEVOS SOLES Y 2 EVENTOS POR AÑO.**

La cobertura es por la consulta médica, no están incluidos tratamientos, operaciones, lentes o medicamentos.

3.2 SERVICIOS DE HOGAR

A) GASFITERÍA, ELECTRICISTA, CERRAJERÍA, VIDRERÍA (INCLUYE MANTENIMIENTOS)

En virtud del presente anexo, **I365** garantiza la puesta a disposición del **AFILIADO** de una ayuda material inmediata o programada de servicios con el fin de limitar y controlar los daños materiales, presentados en el hogar del **AFILIADO Y SU FAMILIA**, a consecuencia de un evento fortuito o mantenimientos que se necesiten realizar, de acuerdo con los términos y condiciones consignadas en el presente anexo y por hechos derivados de los servicios especificados en el mismo.

Para efectos de este programa de servicio, se considera **EMERGENCIA** una situación accidental y fortuita que deteriore el inmueble (fuga de agua), que no permita su utilización cotidiana (un corto circuito), que ponga en riesgo la seguridad del mismo y sus habitantes (una cerradura exterior inservible, un cristal exterior roto), e inhabilitación de la vivienda a consecuencia de un evento.

Se considera como **MANTENIMIENTOS** toda ayuda que el cliente necesite, no necesariamente ocurrida en el momento, servicios para instalación de griferías, aperturas de puertas peatonales internas, servicios de electricidad para instalaciones o reparaciones y atenciones de vidriera para puertas y ventanas internas y externas de la casa.

1. SERVICIO DE CERRAJERÍA: Cuando a consecuencia de cualquier hecho, como pérdida, extravío o robo de las llaves, inutilización de la cerradura por intento de hurto u otra causa que impida la apertura del inmueble vivienda y puertas interiores, **I365** a solicitud del **AFILIADO Y SU FAMILIA** enviará a la mayor brevedad posible un técnico especializado que realizará la asistencia necesaria para restablecer el acceso al inmueble y el correcto cierre de la puerta del mismo. Se atenderán servicios de puertas peatonales internas.

EXCLUSIONES AL SERVICIO DE CERRAJERÍA. - Quedan excluidas de la presente cobertura, la reposición de cerraduras, accesorios propios de una puerta, así como también aperturas de muebles, armarios guarda ropas o similares.

2. SERVICIO DE GASFITERÍA: Cuando a consecuencia de cualquier hecho en las instalaciones fijas de abastecimiento y/o sanitarias propias del inmueble del **AFILIADO Y SU FAMILIA**, se presente alguna rotura, fuga de agua o avería que imposibilite el suministro o evacuación de agua, **I365** enviará un técnico especializado, que realizará la asistencia de emergencia necesaria para restablecer el servicio, siempre y cuando el estado de las redes lo permitan.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE GASFITERÍA.- Quedan excluidas de la presente cobertura, la reposición de: Griferías, cisternas, depósitos, calentadores junto con sus acoples, tanques hidroneumáticos, bombas hidráulicas, radiadores, aparatos de aire acondicionado, lavadoras, secadoras, y cualquier aparato doméstico conectado a las tuberías de agua, y en general de cualquier elemento ajeno a las conducciones de agua propias de la vivienda, arreglo de canales y bajantes, limpieza general de trampas de grasa, limpieza general de pozos sépticos, ni averías que se deriven de humedad o filtraciones. Así como cualquier tipo de reparación en aérea comunes o en instalaciones propiedad de la Empresa de Servicio Público de Agua y alcantarillado.

3. SERVICIO DE ELECTRICIDAD: Cuando a consecuencia de cualquier hecho en las instalaciones eléctricas propias en el interior del inmueble del **AFILIADO Y SU FAMILIA** (casa, departamento de uso habitacional), se produzca una falta de energía eléctrica en forma total o parcial (cortocircuito), **I365** enviará a un técnico especializado que realizará lo necesario para restablecer el suministro de energía eléctrica, siempre y cuando el estado de las redes lo permitan. Además, reparación o cambio de tableros eléctricos, llaves de cuchillas, interruptores, o fusibles dañados por corto circuito o sobrecarga, únicamente en áreas que pertenezcan a la instalación eléctrica del inmueble domicilio del **AFILIADO Y SU FAMILIA**.

EXCLUSIONES AL SERVICIO DE ELECTRICIDAD. - Quedan excluidas del presente servicio, la reparación y/o reposición de averías propias de: Electrodomésticos tales como: estufas, hornos, calentadores, lavadora, secadoras, neveras y en general cualquier aparato que funcione por suministro eléctrico, Cualquier tipo de reparación en áreas comunes o en instalaciones propiedad de la Empresa de Energía.

4. SERVICIOS DE VIDRIERÍA: Cuando a consecuencia de cualquier hecho o imprevisto se produzca la rotura de alguno de los vidrios o puertas de las ventanas internas y externas y que pongan en riesgo la seguridad del mismo, sus ocupantes, o de terceros, **I365** enviará a la mayor brevedad posible un técnico que realizará la asistencia de emergencia, siempre y cuando las condiciones por motivos de la hora y del día lo permitan.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE VIDRIERÍA. - Quedan excluidas del presente servicio: a) Cualquier clase de espejos, y cualquier tipo de vidrios que no formen parte de puertas o ventas, Roturas de vidrios por fenómenos naturales.

EL AFILIADO Y SU FAMILIA tendrá derecho a reintegro de los diversos gastos cubiertos en el presente anexo únicamente en caso de notificación inmediata, siempre y cuando sea antes de la reparación y acuerdo previo de **I365**, siempre y cuando **I365** no tenga proveedor disponible para la atención, el cliente debe presentar la documentación necesaria (boleta o comprobante) sobre lo realizado en el servicio, incluyendo datos del proveedor (teléfono, nombre completo y DNI) que corresponda a dicha reparación

LOS PRESENTE SERVICIOS SE PRESTARÁN HASTA EL SIGUIENTE LÍMITE: S/250.00 POR (INCLUYE EL COSTO DE LOS MATERIALES Y MANO DE OBRA)

EL LÍMITE DE EVENTOS EN TOTAL POR LOS SERVICIOS DE HOGAR SERÁN 4 EVENTOS AL AÑO, EL CLIENTE PODRÁ DISPONER DE CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS SEÑALADOS HASTA POR EL TOPE DE COBERTURA Y EVENTOS.

A) LIMPIEZA DE ROLLER, STORES:

Cuando el **AFILIADO Y SU FAMILIA** requieran este servicio en el hogar, **I365** a solicitud del **AFILIADO Y SU FAMILIA** podrá enviar un profesional para la limpieza del roller y/o store. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/150.00 NUEVOS SOLES.**

EXCLUSIONES DEL SERVICIO: Quedan excluidas de la presente cobertura, la reparación de cualquier roller y/o store y otras limpiezas que no estén especificadas.

B) LAVADO DE COLCHONES:

Cuando el **AFILIADO Y SU FAMILIA** requiera este servicio en el hogar, **I365** a solicitud del **AFILIADO Y SU FAMILIA** podrá enviar un profesional para la limpieza del colchón dentro del domicilio del **AFILIADO Y SU FAMILIA**. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/150.00 NUEVOS.**

EXCLUSIONES DEL SERVICIO: Quedan excluidas de la presente cobertura, la reparación de cualquier colchón y otras limpiezas que no estén especificadas.

C) LAVADO DE ALFOMBRAS:

Cuando el **AFILIADO Y SU FAMILIA** requiera este servicio en el hogar, **I365** a solicitud del **AFILIADO Y SU FAMILIA** podrá enviar un profesional para la limpieza de las alfombras dentro del domicilio del **AFILIADO Y SU FAMILIA**. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/150.00 NUEVOS SOLES**.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO: Quedan excluidas de la presente cobertura, la reparación de cualquier alfombra y otras limpiezas que no estén especificadas.

D) TECNICO DE LINEA BLANCA A DOMICILIO:

Cuando el **AFILIADO Y SU FAMILIA** requiera este servicio en el hogar, **I365** a solicitud del **AFILIADO Y SU FAMILIA** podrá enviar un personal técnico especialista en línea blanca para la reparación de lavadoras, secadoras, refrigeradoras y congeladoras incluyendo los materiales y repuestos necesarios. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/. 150.00 POR EVENTO**.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO: Quedan excluidas de la presente cobertura, la reparación de cualquier artefacto y otros servicios que no estén especificados.

EL LÍMITE DE EVENTOS EN TOTAL POR LOS SERVICIOS DE LIMPIEZA Y TÉCNICO EN LÍNEA BLANCA SERÁN 4 EVENTOS AL AÑO, EL CLIENTE PODRÁ DISPONER DE CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS SEÑALADOS HASTA POR EL TOPE DE COBERTURA Y EVENTOS.

E) HOTEL PARA MASCOTAS POR VIAJE:

Ante una necesidad de dejar en custodia a la mascota el **AFILIADO Y SU FAMILIA** solicitará hospedaje, **I365** asumirá el costo de su estadía y alimentación en dicha veterinaria. El presente servicio se prestará con un **CO PAGO DE S/. 25.00 NUEVOS SOLES POR DIA (incluye alimentos) Y 3 EVENTOS POR AÑO. SE CONSIDERAN 3 DÍAS CONTINUOS COMO MAXIMO POR EVENTO.**

Este servicio se brindará solo en LIMA. ** No incluye traslado, Costo de traslado ida y vuelta S/. 80.00 asumidos por el cliente Para hospedaje. (Lurín y Surco) Hospedaje para perros, gatos. En caso contrario el cliente puede dejar a su mascota en el hospedaje.

F) SERVICIO DE TRASLADO DE PAQUETES OLVIDADOS:

En caso el **AFILIADO Y SU FAMILIA** quisiera enviar o recibir algún documento o paquete no mayor a 3kg, **I365** se encargará de hacer llegar dicho paquete a un destino dentro de la ciudad de LIMA. **S/. 150.00 POR EVENTO, MAXIMO 3 EVENTOS POR AÑO.**

3.3 ASISTENCIA SEPELIO

La ASISTENCIA FUNERARIA aplica en los casos de muerte accidental y/o muerte por causa natural, solo al **TITULAR** hasta los 74 con 364 días, de acuerdo con los siguientes términos y condiciones:

A) COBERTURA: EL AFILIADO TITULAR CONTARÁ CON LA SIGUIENTE COBERTURA

- DIRECTOR FUNERARIO
- TRAMITES GENERALES DE SEPELIO
- TRASLADO E INSTALACION DEL SERVICIO
- ATAUD DE MADERA MODELO IMPERIAL
- CAPILLA ARDIENTE
- CARROZA
- REFERENCIA DE SEMENTERIOS PUBLICOS Y PRIVADOS
- REFERENCIA DE CREMATORIOS Y CINERARIOS

B) DEFINICIONES:

MUERTE ACCIDENTAL: Es la que resulta de sufrir en forma súbita y violenta, por una causa externa, una lesión corporal que afecta integridad personal y la salud, provocando la pérdida de la vida. No se considera muerte accidental la que es consecuencia de las lesiones intencionales provocadas por el mismo usuario.

MUERTE NATURAL: Es la que resulta como consecuencia de una enfermedad o por el simple proceso de envejecimiento.

AFILIADO PRINCIPAL: De 18 años hasta los 75 años y 364 días con una edad máxima de permanencia hasta los 85 años.

IMPOSIBILIDAD DE NOTIFICACIÓN A I365:

Los servicios de asistencia a que se refiere este contrato, configuran la única obligación de I365, de organizar y cubrir los costos directamente, y sólo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Representante Familiar para solicitarlos en los términos de este propio contrato, el Representante Familiar podrá acudir directamente a terceros en solicitud del servicio; en tal supuesto I365, y de acuerdo a lo que a continuación se menciona, podrá restituir al Representante Familiar las sumas que hubiera erogado hasta por un monto de S/. 1,500.00,

pero exclusivamente cuando se trate de los servicios mencionados en el numeral 3.3 de este documento, siempre y cuando los servicios contratados estén dentro de cobertura. Para la restitución el representante familiar autorizado deberá notificar a la empresa de asistencia I365 en un plazo no mayor a 30 días calendario, contados a partir de la fecha de sucedido el siniestro. En ningún otro supuesto habrá restitución.

CONCEPTOS GENERALES FUERA DE COBERTURA:

- IMPULSA 365 se compromete a prestar el servicio de sepelio a través de su red de filiales a nivel nacional, exclusivamente, previo conocimiento inmediato del fallecimiento y en ningún caso se harán devoluciones de dinero. Solo en el caso extremo de que IMPULSA 365 no pueda brindar el servicio por motivos de logística, se le reconocerá al cliente un valor de hasta S/. 1,500 Nuevos soles en el caso del servicio, previa presentación de las facturas de gastos originales a nombre de IMPULSA 365. S.A.C
- Las situaciones de emergencia ocurridas en el extranjero.
- Cuando por una acción intencional del Usuario resulte la comisión de un delito.
- Cuando el Afiliado o Representante Familiar no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el evento, o bien incurra en falsedad de declaraciones.
- Cuando el Afiliado o Representante Familiar no acredite ser el titular o beneficiario de la póliza o tarjeta de asistencia.
- Cuando el Usuario o Representante Familiar incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en estas Condiciones Generales.
- Cuando el Usuario al momento de contratar el servicio directamente o a través de un tercero sea menor de 18 años y mayor de 75 años, salvo que el contrato correspondiente especifique lo contrario.
- Pena de muerte o participación en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participando activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- Quedan excluidas las que sean consecuencia directa o indirecta de: actos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares.
- También quedan excluidas las situaciones de Asistencia radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor; autolesiones o participación del Afiliado en actos delictuosos intencionales; suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
- La participación del Afiliado en combates, carreras, competencias o exhibiciones automovilísticas o en motocicleta; accidentes en taxis aéreos o en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio regular de transporte de pasajeros.
- Fallecimiento por accidente o enfermedad causado por radiaciones nucleares; enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- El fallecimiento por las lesiones o enfermedades sobrevenidas en el ejercicio de deportes extremos, como alpinismo, buceo, nado con tiburones, paracaidismo, parapente, ala delta, buceo procesional o de recreo, andinismo, montañismo, canotaje, carrera de caballos, escalada en paredes verticales montañosas o artificiales, practica de surf y puénting.

4. CASOS DE EXCEPCIÓN:

No son objeto de los **SERVICIOS**, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- A) La mala fe del **AFILIADO Y SU FAMILIA** comprobada por el personal de **I365**.
- B) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
- C) Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- D) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- E) La energía nuclear radiactiva.
- F) Enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos, enfermedades Preexistentes y de las diagnosticadas con anterioridad.
- G) La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- H) Enfermedades mentales.
- I) La adquisición y uso de prótesis o anteojos.
- J) El incumplimiento de las obligaciones procesales que imponga la autoridad judicial como medida preventiva para asegurar la asistencia

del **AFILIADO Y SU FAMILIA** en el procedimiento.

K) La falta de cooperación del **AFILIADO Y SU FAMILIA** para la recuperación de la caución exhibida por la empresa.

I365 avisará a **INTERSEGURO** de los servicios improcedentes por las causas arriba citadas para verificar si éste autoriza la prestación del servicio por la calidad del cliente de que se trate siempre y cuando que por circunstancias de la hora y el día se pueda comunicar inmediatamente, de lo contrario se reportará al día siguiente hábil por escrito.

5. EXCLUSIONES:

A) Cuando el **AFILIADO Y SU FAMILIA** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.

B) Cuando el **AFILIADO Y SU FAMILIA** no se identifique como **AFILIADO** de **INTERSEGURO**.

C) Cuando el **AFILIADO Y SU FAMILIA** incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.

6. EXCLUSIONES GENERALES:

a) Daños intencionales, así como los causados por guerra, rebelión, asonada, motín, protesta, paro y situaciones que alteren la seguridad pública.

b) Daños por terremoto, erupción volcánica, inundación, erupción, y cualquier fenómeno natural.

c) Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los trabajos.

d) Cuando cualquier autoridad competente con orden de allanamiento, cateo, aseguramiento, rescate, se vea obligada a forzar o destruir cualquier elemento de acceso como puertas, ventanas, cerraduras en domicilio del **AFILIADO**.

En caso de que el costo del servicio de exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el **AFILIADO**.

7. OBLIGACIONES DEL AFILIADO Y SU FAMILIA:

Con el fin de que el **AFILIADO Y SU FAMILIA** pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

A) Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **I365**.

B) Identificarse como **AFILIADO Y SU FAMILIA** ante los funcionarios de **I365** o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ASISTENCIA:

A) El **AFILIADO Y SU FAMILIA** deberá llamar a la Central de Emergencia **2136655**

B) Seguidamente, deberá identificarse con el nombre del **AFILIADO Y SU FAMILIA**, DNI, teléfono y dirección para la validación respectiva.

C) El **SERVICIO** se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborables.

D) En el caso de los beneficios adicionales, el **AFILIADO Y SU FAMILIA** deberá abonar el importe por concepto de deducibles y/o gastos no cubiertos que correspondan según las condiciones establecidas en la póliza que tenga contratada.

9. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Queda entendido que **I365** podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad.

INTERSEGURO - RENTA HOSPITALARIA INTERBANK

SERVICIOS MEDICOS	MONTO MAXIMO	MAXIMO DE EVENTOS
ORIENTACION MEDICA TELEFONICA Y REFERENCIAS ORIENTACION PEDIATRICA TELEFONICA MEDICO A DOMICILIO AMBULANCIA POR EMERGENCIA	SIN LIMITE SIN LIMITE CO -PAGO S/. 35.00 S/. 350.00	SIN LIMITE 15 EVENTOS SIN LIMITE 4 EVENTOS
CHEQUEO PREVENTIVO	MONTO MAXIMO	MAXIMO DE EVENTOS
HEMOGRAMA COMPLETO, PROTEINA C REACTIVA CONSULTA OFTALMOLOGICA GENERAL (MEDICIÓN DE VISTA, FONDO DE OJO)	HASTA S/. 150.00 S/. 300.00	1 EVENTO 2 EVENTOS
SERVICIOS HOGAR	MONTO MÁXIMO	N° EVENTOS POR AÑO
GASFITERÍA, ELECTRICISTA, CERRAJERÍA, VIDRERÍA (INCLUYE MANTENIMIENTOS)	S/. 250 POR EVENTO	4 EVENTOS
LIMPIEZA DE ROLLER, STORES LAVADO DE COLCHONES LAVADO DE ALFOMBRAS TECNICO DE LINEA BLANCA A DOMICILIO	S/. 150 POR EVENTO S/. 150 POR EVENTO S/. 150 POR EVENTO S/. 150 POR EVENTO	4 EVENTOS
HOTEL PARA MASCOTAS POR VIAJE SERVICIO DE TRASLADO DE PAQUETES OLVIDADOS	CO -PAGO S/. 25.00 X DIA (INCLUYE ALIMENTO) S/. 150.00	3 EVENTOS 3 EVENTOS
ASISTENCIA SEPELIO (SOLO TITULAR)	MONTO MÁXIMO	N° EVENTOS POR AÑO
DIRECTOR FUNERARIO TRAMITES GENERALES DE SEPELIO TRASLADO E INSTALACION DEL SERVICIO ATAUD DE MADERA MODELO IMPERIAL CAPILLA ARDIENTE CARROZA REFERENCIA DE SEMENTERIOS PUBLICOS Y PRIVADOS REFERENCIA DE CREMATORIOS Y CINERARIOS	HASTA S/. 1,500.00	1 EVENTO