

Solicitud - Certificado de Blindaje Plus de Tarjetas

Código SBS N° RG2024100130 | Póliza N° 5000028 (Plan Débito Oro Chip Soles)

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentaria

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

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: Interseguro Compañía de Seguros S.A. **RUC:**20382748566
Dirección: Av. Pardo y Aliaga N° 634, San Isidro **Provincia:** Lima **Departamento:** Lima
Centro de Atención al Cliente (Lima): Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro
Teléfono: 611-4700 **Fax:** 611-4720 **Correo electrónico:** servicios@interseguro.com.pe

DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación o Razón Social: Banco Internacional del Perú – Interbank **RUC:** 20100053455
Dirección: Jr. Carlos Villarán N° 140, Urb. Santa Catalina, La Victoria **Provincia:** Lima
Departamento: Lima **Teléfono:** 311-9000

DATOS DEL ASEGURADO

El Asegurado de la presente Solicitud-Certificado es el Titular de la Tarjeta Interbank Visa Débito Oro Chip

Relación del Asegurado con el Contratante: Cliente que mantiene una tarjeta Interbank Visa Débito Oro Chip con el Contratante

BENEFICIARIO

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

MONTO DE PRIMA COMERCIAL (*)

| PLAN | | Cuota de la Prima mensual (incluye IGV) | Prima anual (incluye IGV) |
|------|---------------|--|-----------------------------------|
| PLAN | PLAN ORO CHIP | <input checked="" type="checkbox"/> S/. 0.00 | <input type="checkbox"/> S/. 0.00 |

(*) El pago de la prima estará a cargo de INTERBANK

DATOS DE LA PÓLIZA

| | |
|--------------------------------------|---|
| Tipo de Riesgo: Robo y Asalto | Moneda: La misma pactada en el Contrato de Cuenta de ahorro asociada a la Tarjeta Interbank Visa Débito Oro Chip (en adelante Tarjeta(s) Asegurada(s)) |
| Fecha de inicio de vigencia: | Desde las 00:00 horas del día siguiente de la fecha de: (i) La firma de la solicitud del seguro por parte del Asegurado, siempre que éste mantenga su tarjeta Asegurada Principal activa, o (ii) La activación de la tarjeta Asegurada Principal cuando se trate de un Asegurado que adquiera la tarjeta en conjunto con la suscripción del seguro. |
| Fecha de término de vigencia: | Hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución o hasta el ___/___/___, lo que ocurra primero. |
| Plazo de vigencia: | Anual, con renovación automática hasta culminar el mes que cumple los 85 años de edad. |
| Lugar y forma de pago: | De acuerdo a lo pactado con el Asegurado. |

COBERTURAS

| COBERTURAS | PLAN PT CHIP Una Tarjeta de Débito de INTERBANK |
|---|--|
| 1. <u>Indemnización por uso indebido de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por Interbank a causa de hurto o de robo y/o asalto y/o secuestro en cajeros automáticos.</u> Cubre el uso indebido de la(s) tarjeta(s) asegurada(s) en cajeros automáticos siempre que ésta(s) haya(n) sido obtenida(s) en forma ilícita, producto del hurto o del robo y/o asalto y/o secuestro; hasta un monto máximo anual, establecido de acuerdo al plan elegido por el Asegurado y señalado en el presente documento, no estando cubierta la pérdida o extravío de la(s) tarjeta(s). Asimismo, cubre al Asegurado, por el hurto o el robo y/o asalto y/o secuestro del dinero en efectivo que haya sido retirado | Hasta S/. 1,500 por Tarjeta por año |

| | | |
|----|---|--|
| | del cajero con la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por el Contratante, siempre que haya sido obtenido en forma ilícita, por hurto o robo y/o asalto y/o secuestro; y, siempre que no hayan transcurrido más de 30 minutos de retirado el efectivo para la ocurrencia del siniestro. | |
| 2. | <u>Fraude de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por Interbank (incluye "Cambiao")</u> . Se entiende como Fraude, las defraudaciones, estafas, o malversaciones cometidas por terceros, realizadas en el Perú. Además, se entenderá como Fraude el "cambiao" el mismo consiste en que una persona con engaños cambie la tarjeta asegurada plástica por otra similar con la finalidad de apropiarse de la Tarjeta Asegurada verdadera para realizar consumos indebidos con ella. | Hasta máximo S/. 850 por Tarjeta por año |
| 3. | <u>Reembolso de gastos médicos por hospitalización por lesiones a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro</u> . Si las lesiones sufridas por el Asegurado, a consecuencia de un robo y/o asalto y/o secuestro, implican la hospitalización del Asegurado, La Compañía reembolsará los gastos, por concepto del tratamiento médico, costo de la hospitalización, incluyendo medicinas y exámenes especializados. El beneficio se pagará contra la presentación de los documentos originales que sustenten los gastos médicos respectivos y demás comprobantes de pagos relacionados directamente con la reposición de dichos documentos. Dichos gastos no excederán del máximo de días ni del monto máximo establecido en el presente documento por día de hospitalización. Se entenderá como Hospitalización el ingreso del Asegurado a un hospital o clínica debidamente autorizada y reconocida por el Ministerio de Salud. Para que la presente cobertura resulte aplicable, el Asegurado deberá ser internado en el hospital o clínica como mínimo 24 horas, contadas a partir de la fecha y hora de ingreso hasta la fecha y hora en que el Asegurado es dado de alta. | Hasta S/.50 por día (Máx. 30 días) con 1 día de deducible |
| 4. | <u>Reembolso de gastos de duplicados y reposición de documentos por hurto o robo y/o asalto y/o secuestro</u> . Si en el hurto o el robo y/o asalto y/o secuestro se sustraen documentos personales del Asegurado, La Compañía reembolsará, hasta por el monto establecido en el presente documento, los gastos por concepto de duplicados y reposición de los mencionados documentos u otras tarjetas. El beneficio se pagará contra la presentación de los documentos originales que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de pagos relacionados directamente con la reposición de dichos documentos. | Hasta S/.150 por año |
| 5. | <u>Fallecimiento Accidental a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro</u> . Si el Asegurado fallece como consecuencia directa del robo y/o asalto y/o secuestro, se indemnizará a los Beneficiario(s). | S/. 15,000 |

CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

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

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

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

| Edad mínima de ingreso | Edad máxima de ingreso | Edad máxima de permanencia |
|------------------------|--------------------------------|--|
| 18 años | Hasta antes de cumplir 71 años | Hasta culminar el mes que cumple 85 años |

CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES: Durante la vigencia del contrato La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de 45 días éste pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante será de forma previa a su aplicación y por escrito. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado. La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

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

(i) Tarjetas "corporate" o "lodge"; (ii) Cuando el evento sea imputable a una persona con quien el Asegurado tenga una relación dentro del cuarto grado de consanguinidad y primero de afinidad; (iii) Actos delictivos o cualquier intento de cometerlos por parte del Asegurado; (iv) Cuando el Asegurado esté voluntariamente bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sea recetado por un médico, al momento del siniestro. Asimismo, el estado de embriaguez o drogadicción del Asegurado, salvo se compruebe que fue inducido por el delincuente para facilitar el hurto o el robo y/o asalto y/o secuestro. Se considerará estado de embriaguez cuando el Asegurado se niegue a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda, o cuando habiéndosele practicado, éste arroje un resultado mayor a 0.50 gr. /lt. de alcohol en la sangre al momento del siniestro; (v) Guerra, invasión, actos enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar usurpado. Utilización de armas nucleares, químicas o biológicas de destrucción masiva como quiera que fueran distribuidas o combinadas; (vi) Cualquier acto intencional por parte de un beneficiario del Asegurado o persona que habita la casa del Asegurado que ocasiona lesión corporal o amenaza con ocasionar lesión corporal al Asegurado, incluyendo actos realizados en defensa propia o en la defensa de un tercero. Se considera intencional cualquier lesión a consecuencia de una arma de fuego o punzo cortante o cualquier otro instrumento letal, que ocurre durante dicho acto; (vii) Motín o remoción del gobierno legalmente constituido o conmoción civil adquiriendo las proporciones de levantamiento o explosión de armas de guerra o actividades terroristas; (viii) Uso o consumo indebido de las Tarjetas Aseguradas fuera del territorio Nacional; (ix) El consentimiento voluntario del Asegurado para el uso de la tarjetas Aseguradas por cualquier persona distinta a él; (x) Dinero en efectivo retirado de la Tarjeta Asegurada que haya estado desatendido en un lugar público o robo en vehículos automóviles desatendidos; (xi) Cualquier pérdida que no esté relacionada a la cobertura de Robo y/o Hurto y/o Asalto y/o Secuestro de la Tarjeta Asegurada; (xii) Uso o consumo indebido de tarjetas corporativas, o de otro tipo, cuyo uso no está restringido al titular de tarjeta; (xiii) Uso de páginas web falsas o simuladas del Contratante o de las Entidades Financieras que emiten las otras tarjetas aseguradas (Homebanking); (xiv) Bajo los términos del amparo de hurto o de robo y/o asalto y/o secuestro, no se reembolsara al Asegurado por la pérdida de cualquier otro instrumento negociable, incluyendo cheques de viajero, como tampoco cualquier otro monto de dinero en la posesión del Asegurado distinto al retirado en el cajero de la Tarjeta Asegurada en el momento de ocurrir el robo y/o hurto y/o asalto y/o secuestro; (xv) Servicios o tratamientos médicos prestados por cualquier persona contratada por el Asegurado o Contratante que no sean prescritos por el médico tratante de la lesión ocasionada como consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro; (xvi) Procedimientos "experimentales", aquellos aprobados por las Guías de prácticas de clínicas reconocidas; (xvii) Cirugía cosmética o procedimientos cosméticos, a excepción de cirugía reconstructiva para la corrección de un desorden físico, producto del robo y/o asalto y/o secuestro; (xviii) Usos indebidos que se produzcan más de 4 horas después de la hora del siniestro, según figure en la denuncia policial, salvo que el Asegurado haya bloqueado la tarjeta en este lapso o se demuestre que el Asegurado haya estado impedido físicamente de realizar el bloqueo; (xix) Fallas en el reconocimiento electrónico de fechas reflejados en los reportes de estado de cuenta o consulta de movimientos por parte de las entidades financieras emisora(s) de las Tarjeta(s) Asegurada(s).

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA: El Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa de su afiliación al contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión a través del mismo canal de contratación del seguro con una anticipación no menor a **30 días calendario**, adjuntando la siguiente documentación: **a)** Carta dirigida al Contratante o a La Compañía en la que se manifieste expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato; **b)** Original y copia del Documento Nacional de Identidad. Dicho trámite es estrictamente personal, en los centros de Servicio de Atención al Cliente, en los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.com.pe), o en el domicilio del Contratante, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Asegurado tuviese algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado deberá otorgar un poder notarial para que un tercero lo realice en su nombre, a través de una carta poder con firma legalizada. La Compañía procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada. El contrato terminará una vez transcurridos **30 días** de la recepción de la solicitud de resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO: La Solicitud-Certificado del Seguro quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales: **a)** Cuando se reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 16 de las Condiciones Generales. **b)** Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 14 de las Condiciones Generales. **c)** Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 10 de las Condiciones Generales. **d)** Si durante el plazo de 15 días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original. **e)** En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante o que no se pronuncie sobre el mismo, cuando el Contratante y/o Asegurado incurren en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro.

En caso el Contratante optase por la resolución del Contrato, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado. En los demás casos mencionados La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada deduciendo los gastos administrativos correspondientes.

AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA:

Procedimiento para las siguientes coberturas

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

El aviso del siniestro deberá ser comunicado a La Compañía dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda. El procedimiento para solicitar las coberturas es el siguiente:

- (i) Bloquear la(s) tarjeta(s) sustraída(s), mediante la llamada a las centrales de la(s) Entidad(es) Financiera(s) emisora y obtener el (los) código(s) de bloqueo(s) correspondiente(s), en un plazo no mayor de 04 horas de ocurrido el siniestro, de ser aplicable.
- (ii) Presentar la denuncia policial, en la delegación correspondiente en un plazo no mayor de 24 horas de ocurrido el siniestro.
- (iii) El Asegurado o la persona que está actuando en su representación deberá acercarse a las oficinas o agencias del Contratante o en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía con: a) Original o copia certificada de la denuncia policial; b) Fotocopia del documento de identidad del titular de la tarjeta de crédito; c) Presentar el (los) código(s) asignando la fecha y hora del bloqueo de la(s) Tarjeta(s); d) Presentar copia de los documentos que acrediten el lugar y los consumos y/o retiros de los cajeros automáticos indebidos, señalando la fecha, hora y monto; e) En caso que sea un tercero quien solicite la cobertura en representación del asegurado, deberá presentar carta poder con firma legalizada del Asegurado, adjuntando copia del DNI del Asegurado y del representante.
- (iv) Dentro de los primeros veinte (20) días para la evaluación del siniestro, La Compañía o sus representantes designados, podrán razonablemente, solicitar documentos adicionales a los definidos líneas arriba para complementar el análisis del siniestro: resultado de dosaje etílico o examen toxicológico, atestado policial en caso se haya emitido éste, conclusión de denuncia policial y/o resolución del Ministerio Público, entre otros. Asimismo, La Compañía podrá requerir una entrevista personal con el Asegurado, dentro del plazo antes mencionado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.

- **Fraude de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por el Contratante (Incluye "Cambio").**

El aviso del siniestro deberá ser comunicado a La Compañía dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda. El procedimiento para solicitar las coberturas es el siguiente:

- (i) Bloquear la(s) tarjeta(s) mediante la llamada a las centrales de la(s) Entidad(es) Financiera(s) y obtener el (los) código(s) de bloqueo(s) correspondiente(s), dentro de un plazo no mayor de 04 horas de tomado conocimiento el Fraude, vía comunicación de la entidad financiera y copia de reportes de estados de cuenta o movimientos.
- (ii) Presentar la denuncia policial, en la delegación correspondiente en un plazo no mayor de 24 horas de ocurrido el siniestro.
- (iii) El Asegurado o la persona que está actuando en su representación deberá acercarse a las oficinas o agencias del Contratante o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía con: a) Original o copia certificada de la denuncia policial; b) Fotocopia del documento de identidad del titular de la tarjeta de crédito; c) Presentar el (los) código(s) de bloqueo de la Tarjeta asignando la fecha y hora del bloqueo de la(s) Tarjeta(s); d) Presentar copia de los documentos que acrediten el lugar y los consumos y/o retiros de los cajeros automáticos indebidos, señalando la fecha, hora y monto; e) En caso que sea un tercero quien solicite la cobertura en representación del asegurado, deberá presentar carta poder con firma legalizada del Asegurado, adjuntando copia del DNI del Asegurado y del representante.
- (iv) Dentro de los primeros veinte (20) días para la evaluación del siniestro, La Compañía o sus representantes designados, podrán razonablemente, solicitar documentos adicionales a los definidos líneas arriba para complementar el análisis del siniestro: resultado de dosaje etílico o examen toxicológico, atestado policial en caso se haya emitido éste, conclusión de denuncia policial y/o resolución del Ministerio Público, entre otros. Asimismo, La Compañía podrá requerir una entrevista personal con el Asegurado, dentro del plazo antes mencionado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.

- **Reembolso de gastos médicos por hospitalización por lesiones a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro.**

El plazo para efectuar la solicitud de esta cobertura y el aviso del siniestro será de treinta (30) días desde la fecha de ocurrencia del siniestro. El Asegurado pagará el importe de los gastos de la clínica u hospital, y presentará original de comprobantes de pago de gastos médicos a La Compañía, quién los reembolsará por concepto del tratamiento médico incluyendo medicinas y exámenes especializados necesarios durante el periodo de hospitalización. Los gastos por hospitalización no excederán del máximo de días ni del monto máximo establecido en el Condicionado Particular por día de hospitalización. El Asegurado deberá presentar, a cualquier oficina o agencia del Contratante o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía, la siguiente documentación: a) Original y/o copia legalizada del Informe médico que detalle el tratamiento efectuado, y los días de hospitalización requeridos; b) Original de Recetas, solicitudes de exámenes y resultados de los mismos entre otros que permita validar a La Compañía la atención recibida por el Asegurado; c) De ser el caso, el Beneficiario podrá presentar informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los

relativos a los gastos médicos por hospitalización, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de La Compañía.

Asimismo, La Compañía dentro de los primeros 20 días para la evaluación del siniestro, podrá requerir una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.

- **Reembolso de gastos de duplicados y reposición de documentos por hurto robo y/o asalto y/o secuestro.** El plazo para efectuar la solicitud de esta cobertura y el aviso del siniestro será de treinta (30) días desde la fecha de ocurrencia del siniestro. El Asegurado o la persona que está actuando en su representación debe presentar a cualquier oficina o agencia del Contratante o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía una carta simple suscrita por el Asegurado, dirigida a La Compañía adjuntando la copia de la denuncia policial y los documentos originales que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos. Asimismo, La Compañía dentro de los primeros 20 días para la evaluación del siniestro, podrá requerir una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.
- **Fallecimiento Accidental a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro:** El plazo para efectuar el aviso del siniestro será dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Posteriormente, para solicitar la cobertura, el Beneficiario debe acercarse a cualquier oficina o agencia del Contratante o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía con el original o copia certificada de los siguientes documentos: a) Partida o Acta de Defunción del Asegurado; b) Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo; c) Copia del documento de identidad de la persona Asegurada fallecida; d) Historia Clínica; e) Copia del Documento de identidad del(los) Beneficiario(s) del seguro; f) Documento que acredite la calidad del(los) Beneficiario(s) del seguro, de ser necesario; g) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal de ser el caso; h) Protocolo de Necropsia; i) Resultado de dosaje etílico, j) Resultado de Análisis Toxicológico, y k) De ser el caso, el Beneficiario podrá presentar informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de La Compañía.

El aviso del siniestro para todas las coberturas deberá realizarse por escrito a los Centros de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del comercializador.

En todas las coberturas, de requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, desde la presentación de todos los documentos detallados en la póliza, para consentir el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada. Los documentos que se requieran en el presente artículo deberán ser entregados en los Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador.

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS: Los requerimientos y/o reclamos serán recibidos, en cualquier momento, vía fax, correo, llamadas telefónicas o correo electrónico en cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente. La respuesta de los mismos será comunicada al cliente por medio escrito, en un periodo no mayor de 30 días desde la recepción de la solicitud. **El área de Atención al Cliente es la encargada de atender los reclamos.**

Centros de Atención al Cliente

Lima

Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro
Central de Atención al Cliente (Lima): 500-0000
Fax: 611-9255

Arequipa

Av. Víctor Andrés Belaunde Mz. B Lote 3, Umacollo
Central de Atención al Cliente (Arequipa):(054) 603101

Correo electrónico: servicios@interseguro.com.pe / Página web: www.interseguro.com.pe

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

1. Mecanismo de solución de controversias:

1.1) Vía Judicial: Toda controversia, disputa, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre el Asegurado, Contratante o Beneficiario y La Compañía, referido a la validez del contrato de seguro del que da cuenta esta póliza, o que surja como consecuencia de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquier indemnización u obligación referente a la misma.

2. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias: En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante, Asegurado o Beneficiario podrá acudir a las siguientes instancias:

2.1) Defensoría del Asegurado por montos menores a US\$ 50,000.00, y que sean de competencia de la Defensoría del Asegurado, según detalla el reglamento de dicha entidad (web: www.defaseg.com.pe, Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima – Perú; Telefax: 446-9158); 2.2) El Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (Dirección: Calle La Prosa S/N San Borja, web: www.indecopi.gob.pe); 2.3) Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840.

IMPORTANTE:

- El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la póliza del seguro a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días calendario, desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.

- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a La Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- En la presente Solicitud-Certificado se encuentra contenido el resumen de la póliza del seguro. El Asegurado declara haber recibido la Solicitud – Certificado.
- La Compañía es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas en la póliza. En este sentido, La Compañía es la responsable de todos los errores u omisiones que incurra la empresa del sistema financiero con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
- Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiera dirigido a La Compañía, así como los pagos efectuados por el Asegurado al Comercializador, se consideran abonados a La Compañía.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Para el caso de las pólizas comercializadas por el canal de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.

MECANISMO DE COMUNICACIÓN PACTADO

De acuerdo a lo establecido en el Art. N° 24 del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros (Res. SBS N° 3199-2013), el Asegurado declara su conformidad para que el mecanismo de comunicación asociado a la póliza sea mediante uno de los siguientes medios:

Correo electrónico Dirección de envío de correspondencia

El Asegurado deja expresa constancia de su aprobación, acordando que desde la fecha de suscripción del presente documento, el envío de promociones, cartas y/u otra documentación, será recibida a través del medio de comunicación previamente elegido.

CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES


Ley de Protección de Datos Personales (Ley N° 29733 – Dec. Supremo N° 003-2013-JUS)

El Asegurado expresa su consentimiento para que los datos personales (*), que brinde a INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante La Compañía) o que sean recabados por éste, como consecuencia de la presente relación contractual, sean tratados (almacenados, registrados, transferidos, analizados, entre otros, según definición de Ley N° 29733) a fin de brindar y mantener un nivel de servicio adecuado para el Asegurado. Asimismo, el Asegurado autoriza a La Compañía a obtener del Contratante información sobre sus datos personales necesarios para la presente contratación; y al Contratante a brindarla.

Adicionalmente, el Asegurado expresa su consentimiento para: (i) transferir su información, de acuerdo al Código de Conducta (**) establecido con sus empresas subsidiarias y empresas del grupo Intercorp; (ii) recibir información adicional sobre promociones, publicidad y descuentos de los distintos productos, servicios y beneficios ofrecidos por La Compañía así como por sus subsidiarias.

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

En señal de conformidad a todos los acuerdos contenidos en el presente documento, se suscribe la presente a los de del 20.....

| | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|
| Firma del Asegurado Titular | Lugar y Fecha de emisión | Firma de Representante de La Compañía  |
|-----------------------------|--------------------------|--|

Nombres:

Apellidos:

N° Solicitud- Certificado:

(*)Se entiende como “datos personales” a toda información que me identifica o me hace identificable, y “datos sensibles” a aquellos datos personales referidos a la esfera más personal.

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