

Solicitud - Certificado N°
Seguro de Desgravamen con Devolución SANTANDER CONSUMER
Adecuado a la ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
Póliza Grupo N°61100086

DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación Social: ENTIDAD DE DESARROLLO A LA PEQUEÑA Y MICRO EMPRESA SANTANDER CONSUMO PERU S.A.

R.U.C.: 20550226589Teléfono: 519 5600

Dirección: Av. Rivera Navarrete 475 - San Isidro

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Nombres

Apellido Paterno

Apellido Materno

Tipo de Doc. ☐ DNI ☐ CEX ☐ CIP

N° Doc.

Fec. Nac. / /

Sexo ☐ F ☐ M

Estado Civil

Ocupación

Dirección

Distrito

Provincia

Departamento

Referencia

Residencia

Nacionalidad

Telf. Fijo

Telf. Celular

Correo Electrónico Personal

DATOS DEL CÓNYUGE DEL TITULAR (llenar solo en caso de crédito mancomunado)

Nombres

Apellido Paterno

Apellido Materno

Tipo de Doc. ☐ DNI ☐ CEX ☐ CIP

N° Doc.

Fec. Nac. / /

Sexo ☐ F ☐ M

Estado Civil

Ocupación

Dirección

Distrito

Provincia

Departamento

Referencia

Residencia

Nacionalidad

Telf. Fijo

Telf. Celular

Correo Electrónico Personal

DATOS DEL PRÉSTAMO

Moneda ☐ Soles ☐ Dólares

Importe del Préstamo

Tipo de Préstamo

Plazo del Préstamo ☐ Meses ☐ Años

Tipo de Seguro ☐ Titular ☐ Titular y Cónyuge

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

Asegurado	Titular	Cónyuge
1. ¿Ha requerido o le han recomendado o se ha sometido a hospitalización para tratamiento quirúrgico o médico? (no considerar apendicitis, amigdalitis, hernias).	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
2. ¿Ha requerido atención médica de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardiacos, neurológicos, epilepsia, renales, parálisis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, hepatitis, sida o enfermedad venérea?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
3. ¿Le han detectado algún tumor, se ha sometido o le han recomendado someterse a alguna prueba para descartar cáncer?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
4. ¿Ha padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración de salud, se está sometiendo a algún tratamiento tomando algún medicamento o se encuentra en proceso de estudio el diagnóstico de alguna enfermedad?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
5. Fuma ¿Cuántos cigarrillos al día?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
6. Solo para personas del sexo femenino: ¿Esta Ud. Embarazada?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
7. Peso y estatura	P: T:	P: T:

Si alguna de las respuestas es afirmativa, sirvase proporcionar la información detallada que a continuación se indica:

Nombres y Apellidos	Enfermedad padecida o tratamiento recomendado	Fecha	Duración	Nombre de la clínica o médico	Estado actual

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en el presente documento, así como lo indicado en el reverso de la solicitud. Asimismo declaramos que hemos tomado pleno conocimiento del seguro solicitado el cual se encuentran a disposición para cualquier revisión en las oficinas de la ENTIDAD DE DESARROLLO A LA PEQUEÑA Y MICRO EMPRESA SANTANDER CONSUMO PERU S.A..

CONDICIONES DE AFILIACIÓN

Edad Mínima de Ingreso	18 años de edad cumplidos
Edad Máxima de Ingreso	75 años y 364 días como máximo
Edad máxima de Permanencia (*)	79 años y 364 días como máximo

Se deja establecido que, si en cualquier momento la persona hubiera excedido los límites de edad establecidos, se dará por concluida la cobertura respectiva, quedando La Compañía obligada únicamente a reintegrar las primas pagadas luego de dichos límites, aun cuando dicha inexactitud se descubra después del fallecimiento o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado.

COBERTURAS PRINCIPALES

Muerte Natural; Muerte Accidental; Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Enfermedad o Accidente; Sobrevivencia.

BENEFICIARIOS

El beneficiario de la cobertura del presente seguro es ENTIDAD DE DESARROLLO A LA PEQUEÑA Y MICRO EMPRESA SANTANDER CONSUMO PERÚ S.A. De determinarse la procedencia de la cobertura de muerte o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado, La Compañía pagará a ENTIDAD DE DESARROLLO A LA PEQUEÑA Y MICRO EMPRESA SANTANDER CONSUMO PERÚ S.A., la suma asegurada que corresponda. En el caso de la cobertura de Sobrevivencia, solo se realizará el pago exclusivamente al titular del crédito.

TASAS Y COMISIONES

- Tasa Cliente Mensual: 0.279%
 - Tasa Cliente Mensual Mancomunado: 0.417%
- Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del Corredor: 1.57% incl. IGV de la prima compañía
- Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros; No aplica
- Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: No aplica

SUMA ASEGURADA

En caso de muerte natural o accidental, la suma asegurada considera el saldo insoluto de la deuda al momento del fallecimiento. En caso de invalidez total permanente y definitiva del Asegurado, se considera el saldo insoluto a la fecha final en la que se determine tal condición por el organismo competente, tomando en cuenta el Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez. Se entiende como saldo insoluto, el monto adeudado sin considerar intereses ni moras ni otros gastos, hasta el límite máximo asegurado de S/ 500,000 o su equivalente en dólares por crédito o por cúmulo*

- En caso existir un cúmulo superior a S/ 500,000 deberá ser consultado a MAPFRE antes de su colocación
- * Entiéndase cúmulo como la sumatoria de todos los créditos anteriores incluyendo el crédito que se está solicitando en la actualidad.
- La suma asegurada no incluye intereses compensatorios, moratorios ni gastos adicionales.
- La suma asegurada máxima considera el cúmulo total por asegurado por producto.
- En caso de Sobrevivencia se devolverá al titular al término del crédito el 50% de lo aportado. Por otro lado el titular tiene derecho a solicitar un rescate (*), siempre y cuando se haya pagado las dos (02) primeras anualidades del seguro, teniendo en cuenta los siguientes porcentajes:

Periodo	% de devolución
Periodo 2	5.0%
Periodo 3	6.50%
Periodo 4	8%
Periodo 5 a más	10%

VIGENCIA DEL SEGURO

Inicio de Vigencia: La vigencia de la cobertura al amparo del presente seguro, se inicia desde que el Contratante efectúe el desembolso del crédito en favor del Asegurado, teniendo en cuenta la fecha y hora del desembolso o aprobación de la línea de crédito.

Fin de Vigencia: Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras ocurran las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el crédito; (ii) el Asegurado cumpla con las condiciones de edad establecidas (iii) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

PRIMA Y FORMA DE PAGO

Monto de la prima mensual: Para Préstamos se aplicará una tasa mensual al saldo del capital. Las tasas detalladas en el presente documento. La prima se cobrará de forma mensual dentro de la cuota del crédito, según el cronograma del mismo. Los pagos efectuados por el Asegurado a ENTIDAD DE DESARROLLO A LA PEQUEÑA Y MICRO EMPRESA SANTANDER CONSUMO PERU S.A. se consideran abonados a La Compañía. El periodo de gracia será de sesenta (60) días, en caso supere se deberá pagar el seguro por adelantado para que se encuentre asegurado y pueda contar con cobertura en caso de ocurrir un siniestro. El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares.

RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURAS	DEFINICIONES
MUERTE NATURAL	Se entiende así a la muerte que sobrevenga como consecuencia del fallecimiento del ASEGURADO por causas distintas a un accidente.
MUERTE ACCIDENTAL	Se entiende por muerte accidental a aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del asegurado independientemente de su voluntad.
INVALIDEZ TOTAL, PERMANENTE Y DEFINITIVA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	Es la Pérdida o disminución física o intelectual igual o superior al 70% de su capacidad de trabajo, reconocida por LA COMPAÑÍA según dictamen médico expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP, COMEC) o mediante Certificado de Invalidez expedido por ESSALUD o Ministerio de Salud (Instituto Nacional de Rehabilitación-INR).
SOBREVIVENCIA	Se entiende por la devolución de la prima establecida por el porcentaje de devolución en caso de sobrevivencia del asegurado al finalizar la vigencia del crédito. 50% de las primas cliente pagadas vigencia del crédito: Mayor a 2 años.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. MAPFRE PERÚ CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. es responsable frente al contratante y/o de la cobertura contratada y de todos los errores y omisiones que incurra ENTIDAD DE DESARROLLO A LA PEQUEÑA Y MICRO EMPRESA SANTANDER CONSUMO PERU S.A. con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
2. Declaramos que la información suministrada y contenida en la presente declaración es verídica reconociendo que la misma constituye la base del contrato de seguro. De este modo, la reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el contratante y/o asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato si media dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado. Lo indicado se expone en la nueva Ley del Contrato de Seguro N° 29946, Art°8, en fe de lo cual autorizamos expresamente a cualquier médico tratante, procurador o perito a proporcionar a La Compañía toda información, debidamente documentada, del tratamiento que haya sido sometido, sin limitación alguna.
3. Declaramos haber sido debidamente informados sobre las condiciones del seguro, haber recibido la solicitud y el certificado de la póliza habiendo tomado pleno conocimiento de sus contenidos. Asimismo, declaramos conocer que la póliza emitida por La Compañía, está disponible en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución:(www.sbs.gob.pe).
4. Para montos de créditos que superen lo establecido en las Condiciones Especiales aplicará la tabla de DPS y exámenes médicos el cual prevalecerá sobre la Declaración Privada de Salud.
5. Solicitamos y autorizamos a La Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual. En caso no haya señalado en la Solicitud y/o Certificado una dirección electrónica, la referida comunicación deberá realizarse a mi dirección física, por escrito. Asimismo, nos comprometemos a informar por escrito cualquier variación de mi dirección con por lo menos 15 días de anticipación. Se considerarán como válidas para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica o física informada. Todas las comunicaciones entre las partes relacionadas al presente seguro deberán ser puestas en conocimiento de la ENTIDAD DE DESARROLLO A LA PEQUEÑA Y MICRO EMPRESA SANTANDER CONSUMO PERÚ S.A., en su calidad de beneficiario y comercializador del seguro.
6. La Compañía está obligada de entregar la Póliza de Seguro dentro del plazo de 15 días calendario, a solicitud del Asegurado.
7. De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe la presente solicitud autoriza de forma expresa a Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., en adelante LA COMPAÑÍA, el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales y datos sensibles para los efectos de lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros, ejecución de los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar LA COMPAÑÍA, así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de LA COMPAÑÍA.

Asimismo autoriza en forma expresa a que LA COMPAÑÍA encargue el tratamiento de los datos personales a un tercero y que realice un procesamiento automatizado o no con dichos terceros. Los datos proporcionados podrán ser incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas que forman parte del Grupo Económico al cual pertenece LA COMPAÑÍA.

El Archivo de la información se encuentra bajo la supervisión y control de LA COMPAÑÍA, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la misma, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita.

EXCLUSIONES

La presente Póliza no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- a. Cuando resulte de la participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, lanchas a motor o avionetas, así como en la práctica de los siguientes deportes: caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, navegación en altamar en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, esquí, tabla hawaiana, hípica, corridas de toros, alpinismo y caminatas en alta montaña, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor.
- b. A consecuencia de enfermedades crónicas diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inclusión en este seguro.
- c. Cuando la muerte sobrevenga por consecuencia directa de acción de guerra declarada o no.
- d. Cuando el deceso sea imputable a suicidio, salvo que el contrato de seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente por dos (02) años, u acto delictuoso provocado por el ASEGURADO TITULAR, o por cualquier otra persona que resulte favorecida con los alcances de este seguro.
- e. El riesgo de aviación, salvo que el ASEGURADO esté viajando de manera autorizada y en calidad de pasajero en aeronaves con capacidad mayor a diez (10) plazas de pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios predeterminados, con intervención del organismo nacional o internacional competente.
- f. A consecuencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), HIV o enfermedades relacionadas a consecuencia del SIDA o HIV.
- g. Participación del ASEGURADO en apuestas, desafíos y riñas o infracciones a leyes o reglamentos que constituyan un delito o la causa del siniestro o siniestros producidos cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia de drogas que no correspondan a un tratamiento médico y a consecuencia directa de su estado. Se considera estado de ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado superior a 0.5 gr/lit. En caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del fallecimiento, se considerará una disminución de 0.15 gr/lit. por hora desde el momento del fallecimiento hasta la toma de la muestra. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- h. Los producidos como consecuencia de la reacción nuclear o contaminación radioactiva.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS

En caso ocurriera el fallecimiento o el inicio de la Invalidez Total Permanente y Definitiva del Asegurado, la ENTIDAD DE DESARROLLO ALA PEQUEÑA Y MICRO EMPRESA SANTANDER CONSUMO PERÚ S.A., deberá cursar carta a La Compañía denunciando el siniestro, indicando nombre del asegurado, DNI y monto adeudado del saldo insoluto al momento del fallecimiento o invalidez, asimismo los datos del solicitante (Nombre completo, dirección y teléfonos).

Las pruebas del fallecimiento o invalidez total permanente y definitiva que contengan datos exactos sobre la causa del siniestro del Asegurado, originales o copias notarialmente legalizadas, deberán ser presentadas en cualquiera de nuestras agencias a nivel nacional. La Compañía pagará la indemnización que corresponda en un plazo máximo de 30 días de recibida la documentación completa para la liquidación del siniestro, considerando el saldo insoluto que adeudase el Asegurado al momento de su fallecimiento o a la fecha del Dictamen de la Invalidez Total Permanente y Definitiva, sin considerar intereses, ni moras, gastos o cualquier otro concepto cobrado por el Contratante.

De producirse la Invalidez Total Permanente y Definitiva del Asegurado, La Compañía pagará el saldo insoluto de acuerdo a lo establecido en la sección SUMA ASEGURADA, quedando automáticamente resuelto el Contrato de Seguro. Si en caso se constata el cobro de primas luego de la activación del seguro, La Compañía procederá a reintegrar dichas primas pagadas.

Se podrá solicitar las coberturas del seguro dentro del plazo de prescripción (diez años) dispuesto por la Ley del Contrato de Seguro y demás normas que resulten aplicables.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

Muerte Natural:

- Copia simple DNI del asegurado,
- Copia de Certificado de Defunción, donde se indique la causa de fallecimiento.
- Acta o Partida de Defunción, en original o copia certificada.
- Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso.
- Certificado de Desgravamen y Copia de Solicitud/DPS
- Ampliación Médica o Historia Clínica, de ser necesaria.

Muerte Accidental:

- Copia simple DNI del asegurado.
- Copia del Certificado de Defunción y/o Certificado de Necropsia (incluye protocolo de autopsia).
- Acta o Partida de Defunción, en original o copia.
- Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso.
- Certificado de Desgravamen y Copia de Solicitud/DPS
- Copia del Atestado o Informe Policial.
- Resultado de exámenes (Químico Toxicológico, Dosaje Etílico, Anátomo Patológico, etc.) de haberse realizado.

Nº

Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Enfermedad o Accidente:

- Copia simple DNI del asegurado.
- Dictamen médico expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP, COMEC) o mediante Certificado de Invalidez expedido por ESSALUD, Ministerio de Salud o Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Copia del Atestado o Informe Policial. (por accidente)
- Resultado de exámenes practicados (Químico Toxicológico, Dosaje Etílico, Anátomo Patológico, etc). (por muerte accidental).
- Ampliación Médica o Historia Clínica, de ser necesaria. (por enfermedad)
- Certificado de Desgravamen y Copia de Solicitud/DPS
- Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso.

Sobrevivencia:

- Copia simple Solicitud firmada por el asegurado titular.
- Copia simple DNI del Asegurado.
- Copia simple Cronograma de pagos de crédito

LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la documentación e información completa y necesaria para la liquidación del siniestro detallada en la póliza o del vencimiento de la prórroga que se hubiese solicitado de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar informes, declaraciones, certificados médicos o la historia clínica del ASEGURADO (según corresponda) y requerir otros documentos adicionales referidos a la comprobación del siniestro dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) que tiene LA COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura. Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá exigir que los referidos certificados médicos se extiendan en certificación de reproducción notarial.

LA COMPAÑÍA pagará el saldo insoluto del crédito en el plazo máximo de treinta (30) días contados desde la emisión de su pronunciamiento de aprobación de cobertura o desde que haya sido consentido el siniestro.

El pago de COBERTURA SOBREVIVENCIA cuando corresponda será hecho exclusivamente al ASEGURADO TITULAR.

DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE; sin más requisito que una comunicación dirigida a LA COMPAÑÍA pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, con una anticipación no menor de treinta (30) días a la resolución, fecha que será considerada para el fin de la vigencia del contrato de seguro y/o certificado según corresponda.

No resultarán aplicables penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar por resolución sin expresión de causa de la Póliza.

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en las SEIS (6) hojas que conforman la presente Certificado, en las cuales se indican las definiciones de las coberturas, los Riesgos Cubiertos y Limites Asegurados, los Riesgos Excluidos, la vigencia de la Cobertura, Procedimientos en caso de Siniestro, Causales de Resolución del Contrato, Documentos Necesarios para la Liquidación de Siniestros, Atención de Reclamos, Procedimientos para la atención de Reclamos, Mecanismos de Solución de Controversias, y Defensoría del Asegurado.

Asimismo declaramos que hemos tomado pleno conocimiento de las condiciones del seguro solicitado, la cuales se encuentran a disposición para cualquier revisión en las oficinas de la ENTIDAD DE DESARROLLO A LA PEQUEÑA Y MICRO EMPRESA SANTANDER CONSUMO PERU S.A.

Firma del Contratante

Firma del Asegurado

Fecha de Solicitud

Director Unidad de Vida

/ /

F.I. 10 - 2025

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro puede ser resuelto por las siguientes causales:

- * Resolución invocada por el Contratante
- * Al cancelarse la deuda del Asegurado
- * Por nulidad de la póliza
- * Con respecto a cada asegurado, al cumplir éste la edad máxima estipulada
- * Pasado los 90 días sin pago de primas.

PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE RECLAMOS

Los usuarios, entendiéndose estos como la persona natural o jurídica que adquiere, utiliza o disfruta de los productos o servicios ofrecidos por La Compañía de Seguros, pueden presentar reclamos a La Compañía.

Asimismo, cualquier interesado puede presentar consultas formales. El procedimiento a seguir será el siguiente: Se deberá presentar: Carta dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERU, con indicación clara y precisa de su nombre completo, datos e identificación, domicilio, número de póliza, nombre del producto y una breve explicación del hecho reclamado.

La respuesta al reclamo, será emitida al usuario en un plazo máximo de 30 días calendario de presentada la carta de La Compañía. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por este en su carta, se le tendrá por desistido. Los reclamos deberán presentarse dentro del plazo de prescripción dispuesto por el Código Civil y demás normas que resulten aplicables.

En caso de siniestro: En caso de disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, usted acudir a las vías de solución de controversias como son la Defensoría del Asegurado (www.defaseg.com.pe), el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual- INDECOPI (www.indecopi.gob.pe) o el Poder Judicial o instancia arbitral según se haya pactado.

Para solicitar orientación, podrá comunicarse con la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP al teléfono gratuito 0-800-10840.

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los jueces y tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO y/o el BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO y/o el BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del Asegurado; su denuncia o reclamo según corresponda, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:

Los Laureles 214, San Isidro, Lima - Perú / Teléfonos: 630-9000 / www.sbs.gob.pe

INDECOPI:

Calle de la Prosa 104, San Borja / Teléfonos: 224 7800 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias) / www.indecopi.gob.pe

Defensoría del Asegurado:

Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro, Lima - Perú / Telefax: 421-0614 / www.defaseg.com.pe

IMPORTANTE: La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las Condiciones de la Póliza Grupo N° 61100086 soles / 61100087 Dólares, que obra en poder del CONTRATANTE o LA COMPAÑÍA.