



| | | | |
|---|---------------------------------|--|---|
| Identificación del Usuario Reclamante ¹ | | Hoja de Reclamación Nro.: | Fecha de Registro de reclamo / Hora ___/___/___ |
| Nombres y Apellidos | | DNI <input type="checkbox"/> / CE <input type="checkbox"/> / Pasaporte <input type="checkbox"/> Nro. | |
| Razón Social | | RUC | |
| Correo Electrónico | | Teléfonos | |
| Domicilio | | | |
| Distrito | | Provincia | |
| Departamento | | Referencias | |
| Datos del Padre / Madre o Representante (Para el caso de menores de edad) | | | |
| Nombres y Apellidos | | Doc. de Identidad | |
| Correo electrónico | | Teléfonos | |
| Domicilio | | | |
| Identificación del Producto Contratado | | | |
| Producto: | Nro. Póliza: | Solicitud-Certificado: | |
| Fecha de Afiliación: | Fecha de Ocurrencia ___/___/___ | Nro. de Siniestro: | |
| Monto Reclamado: | | Servicio: | |
| <p>Reclamo: Los reclamos son comunicaciones presentadas por los usuarios, en las que expresan su insatisfacción con el producto o servicio recibido, por el incumplimiento de las obligaciones contempladas en el contrato de seguro, en el marco normativo vigente o, manifestando la presunta afectación de su legítimo interés. Así como, la disconformidad respecto de la respuesta emitida por la Compañía o por la demora o falta de atención de un reclamo o requerimiento.</p> | | | |
| Motivo de Reclamo (Marcar el motivo) | | | |
| Inadecuada o insuficiente información sobre el seguro contratado | <input type="checkbox"/> | Demoras en el extorno de un cargo en cuenta no reconocido. | <input type="checkbox"/> |
| Errores en la cobranza de primas | <input type="checkbox"/> | Solicitud de reconsideración o apelación del reclamo declarado improcedente | <input type="checkbox"/> |
| Incumplimiento en la resolución de la póliza de seguros | <input type="checkbox"/> | Rechazo en la atención del siniestro | <input type="checkbox"/> |
| Error en los datos del usuario registrado en la empresa | <input type="checkbox"/> | Cancelación indebida de la póliza de seguros | <input type="checkbox"/> |
| Demoras o incumplimientos de envío de correspondencia | <input type="checkbox"/> | Demora en el pago de la indemnización | <input type="checkbox"/> |
| No está conforme con las condiciones de la póliza / diagnóstico médico. | <input type="checkbox"/> | Contratación o cargo indebido de seguros | <input type="checkbox"/> |
| No recibió póliza de seguros, certificado de seguro, endoso o cobertura provisional. | <input type="checkbox"/> | Renovación indebida de póliza de seguros | <input type="checkbox"/> |
| No está conforme con el monto de la indemnización, valoración del daño, reparación o accesorios. | <input type="checkbox"/> | Incumplimiento del plazo para la atención de solicitud de cobertura | <input type="checkbox"/> |
| Incumplimiento de cláusulas de los contratos, pólizas, condiciones, acuerdos. | <input type="checkbox"/> | Otros(*) | <input type="checkbox"/> |
| | | *Especifique: | |
| Documentos que se adjuntan | | | |
| | | | |
| | | | |
| Detalle del Reclamo | | | |
| | | | |
| | | | |
| Pedido | | | |
| Autoriza recibir la respuesta de su reclamo por correo electrónico ² | | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Firma del Usuario | | Firma Ejecutivo de Atención | |
| Plazo Estimado para resolver (*): | | | |
| (*) El plazo de atención de un reclamo no se debe exceder los 15 días hábiles a partir de la fecha de recepción del mismo. | | | |
| Observaciones y Acciones tomadas por el proveedor: | | Aceptado <input type="checkbox"/> | Rechazado <input type="checkbox"/> |
| Sustento | | | |
| | | | |
| Fecha de comunicación de respuesta ___/___/___ | | | |

La formulación del reclamo no impide acudir a otras vías de solución de controversias ni es requisito previo para interponer una denuncia ante el Indecopi. La compañía deberá dar respuesta al reclamo en un plazo no mayor 15 días hábiles para seguros y 15 días calendarios para microseguros. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique. En este caso le informaremos dentro del periodo indicado.

1. Campo obligatorio. En caso no se llenen los campos indicados el reclamo o queja se tendrá por no presentado.

2. De elegir el envío de repuesta por correo electrónico, deberá mantener su cuenta de correo habilitada y en condiciones operativas para la recepción de dicha respuesta.



| | | | |
|--|---------------------------------|--|--|
| Identificación del Usuario Reclamante ¹ | | Hoja de Reclamación Nro.: | Fecha de Registro de reclamo / Hora ___/___/___ |
| Nombres y Apellidos | | DNI <input type="checkbox"/> / CE <input type="checkbox"/> / Pasaporte <input type="checkbox"/> Nro. | |
| Razón Social | | RUC | |
| Correo Electrónico | | Teléfonos | |
| Domicilio | | | |
| Distrito | | Provincia | |
| Departamento | | Referencias | |
| Datos del Padre / Madre o Representante (Para el caso de menores de edad) | | | |
| Nombres y Apellidos | | Doc. de Identidad | |
| Correo electrónico | | Teléfonos | |
| Domicilio | | | |
| Identificación del Producto Contratado | | | |
| Producto: | Nro. Póliza: | Solicitud-Certificado: | |
| Fecha de Afiliación: | Fecha de Ocurrencia ___/___/___ | Nro. de Siniestro: | |
| Monto Reclamado: | Servicio: | | |
| Reclamo: Los reclamos son comunicaciones presentadas por los usuarios, en las que expresan su insatisfacción con el producto o servicio recibido, por el incumplimiento de las obligaciones contempladas en el contrato de seguro, en el marco normativo vigente o, manifestando la presunta afectación de su legítimo interés. Así como, la disconformidad respecto de la respuesta emitida por la Compañía o por la demora o falta de atención de un reclamo o requerimiento. | | | |
| Motivo de Reclamo (Marcar el motivo) | | | |
| Inadecuada o insuficiente información sobre el seguro contratado | <input type="checkbox"/> | Demoras en el extorno de un cargo en cuenta no reconocido. | <input type="checkbox"/> |
| Errores en la cobranza de primas | <input type="checkbox"/> | Solicitud de reconsideración o apelación del reclamo declarado improcedente | <input type="checkbox"/> |
| Incumplimiento en la resolución de la póliza de seguros | <input type="checkbox"/> | Rechazo en la atención del siniestro | <input type="checkbox"/> |
| Error en los datos del usuario registrado en la empresa | <input type="checkbox"/> | Cancelación indebida de la póliza de seguros | <input type="checkbox"/> |
| Demoras o incumplimientos de envío de correspondencia | <input type="checkbox"/> | Demora en el pago de la indemnización | <input type="checkbox"/> |
| No está conforme con las condiciones de la póliza / diagnóstico médico. | <input type="checkbox"/> | Contratación o cargo indebido de seguros | <input type="checkbox"/> |
| No recibió póliza de seguros, certificado de seguro, endoso o cobertura provisional. | <input type="checkbox"/> | Renovación indebida de póliza de seguros | <input type="checkbox"/> |
| No está conforme con el monto de la indemnización, valoración del daño, reparación o accesorios. | <input type="checkbox"/> | Incumplimiento del plazo para la atención de solicitud de cobertura | <input type="checkbox"/> |
| Incumplimiento de cláusulas de los contratos, pólizas, condiciones, acuerdos. | <input type="checkbox"/> | Otros(*) | <input type="checkbox"/> |
| Documentos que se adjuntan | | *Especifique: | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Detalle del Reclamo | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Pedido | | | |
| | | | |
| Autoriza recibir la respuesta de su reclamo por correo electrónico ² | | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Firma del Usuario | | Firma Ejecutivo de Atención | |
| Plazo Estimado para resolver (*): (* El plazo de atención de un reclamo no se debe exceder los 15 días hábiles a partir de la fecha de recepción del mismo. | | | |
| | | | |
| Observaciones y Acciones tomadas por el proveedor: | | Aceptado <input type="checkbox"/> | Rechazado <input type="checkbox"/> |
| Sustento | | | |
| | | | |
| | | | |
| Fecha de comunicación de respuesta ___/___/___ | | | |

La formulación del reclamo no impide acudir a otras vías de solución de controversias ni es requisito previo para interponer una denuncia ante el Indecopi. La compañía deberá dar respuesta al reclamo en un plazo no mayor 15 días hábiles para seguros y 15 días calendarios para microseguros. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique. En este caso le informaremos dentro del periodo indicado.

1. Campo obligatorio. En caso no se llenen los campos indicados el reclamo o queja se tendrá por no presentado.

2. De elegir el envío de repuesta por correo electrónico, deberá mantener su cuenta de correo habilitada y en condiciones operativas para la recepción de dicha respuesta.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Informamos al Solicitante/Reclamante que sus datos personales serán registrados en el banco de datos personales de titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro, para la atención de su solicitud y evaluación del siniestro, consulta y/o reclamo, así como para los aspectos vinculados a la ejecución del contrato de seguro, los contratos de coaseguro y/o reaseguro que se pudieran haber celebrado a favor del asegurado y/o para la realización de encuestas de satisfacción, así como para el cumplimiento de la ley que resulte aplicable. El tratamiento de sus datos podrá ser encargado, para las mismas finalidades a terceras empresas con las que la Compañía mantenga una relación contractual, de acuerdo a la lista que se actualizará en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. En caso de no proporcionar los datos personales solicitados, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas. Usted podrá ejercer sus derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición al tratamiento de sus datos, llenando el formulario al que puede acceder a través de la página web antes mencionada y remitiéndolo a servicioalcliente@cardif.com.pe o de manera presencial en la dirección señalada en este párrafo, debiendo presentar y/o adjuntar copia de su Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley. Para mayor detalle sobre la política de protección de datos personales de la compañía puede visitar www.bnpparibascardif.com.pe.

CONSENTIMIENTO ADICIONAL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Al aceptar la presente cláusula adicional autorizo de forma libre, previa, expresa, informada e inequívoca que mis datos personales sean usados para, además de las finalidades antes señaladas, realizar el envío de publicidad y/o contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y/o efectuar la transferencia nacional y/o internacional de mis datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web www.bnpparibascardif.com.pe para los mismos propósitos señalados.

Sí acepto

No acepto

Firma

Nombre completo: _____

DNI N°: _____