

# ATENCIÓN DE RECLAMOS



## ¿Qué es un reclamo?

### 1 Expresión de Insatisfacción

Un reclamo es una comunicación que expresa insatisfacción con un servicio o producto recibido.

### 2 Pretensión de Compensación

El usuario busca una compensación por la presunta afectación de su legítimo interés.

### 3 Reiteraciones

También se consideran reclamos las reiteraciones por disconformidad con la respuesta o demora en la atención.

## Canal para la presentación de reclamos

 Visítanos en: Avenida La Mar 662, Dpto 701, Miraflores, Lima, Perú.  
Horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 am a 6:00 pm.

 También puede comunicarse a nuestra central telefónica directa:  
241 5522 Opción 0.

 Si en caso prefiera realizarlo de manera virtual, escribanos al siguiente correo: [reclamos@tas.pe](mailto:reclamos@tas.pe)

## Requisitos y plazos de atención

**Al presentar su reclamo o requerimiento, debe brindar los siguientes datos:**

- . Copia de DNI
- . Completar el formulario firmado por el usuario

**Los plazos de atención son los siguientes:**

La resolución del reclamo será en un plazo no mayor a 15 días contados desde su recepción.  
Este plazo puede extenderse siempre que la naturaleza del reclamo lo justifique.

## ¿Qué hacer si no estás de acuerdo con la respuesta a tu reclamo?

Puede acudir a:

Servicio de Atención al Ciudadano de **INDECOPI** o llamando al: **0-800-44040 línea gratuita** a nivel nacional o visitando su página web: [indecopi.gob.pe](http://indecopi.gob.pe).

**Plataforma de Atención al Usuario (PAU)** de la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP o llamando al: **0-800- 10840 línea gratuita** o visitando su página web: [sbs.gob.pe](http://sbs.gob.pe)

Atención al Ciudadano de **SUSALUD** o llamando al: **113 opción 7** o visitando su página web: [gob.pe/susalud](http://gob.pe/susalud).

Si necesita más información, escribanos a [reclamos@tas.pe](mailto:reclamos@tas.pe)

**FORMULARIO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS SISTEMA DE SEGUROS**

 Número de reclamo: 

 Fecha de reclamo: 
**DATOS PERSONALES DEL CONSUMIDOR RECLAMANTE**

<b>Apellido Paterno</b>		<b>Apellido Materno</b>			<b>Nombre Completo</b>		
<b>Razón Social / Denominación Social</b>		<b>Nombre del padre o madre o tutor (menor de edad)</b>					
<b>Documento de identidad:</b>		<b>DNI</b>	<b>Carnet de Extranjería</b>	<b>Pasaporte</b>	<b>RUC</b>	<b>N°</b>	
<b>Dirección:</b>							
	Calle/ Av / Jr	Mz	Lote	Int / Dpto	Urb.	Distrito	
						Provincia	
						Departamento	

<b>Teléfono</b>	<b>Celular:</b>	<b>Correo Electrónico:</b>
-----------------	-----------------	----------------------------

<b>Vía del reclamo:</b>	Personal	Telefónico	Correo Electrónico	Carta	Otro:
-------------------------	----------	------------	--------------------	-------	-------

**OPERACIONES / SERVICIOS / PRODUCTOS**

Incendio	<input type="checkbox"/>	Misceláneos	<input type="checkbox"/>	Lucro Cesante Rotura de Maquina	<input type="checkbox"/>
Terremoto	<input type="checkbox"/>	Escolares	<input type="checkbox"/>	Todo Riesgo para Equipo electrónico	<input type="checkbox"/>
Transporte	<input type="checkbox"/>	SOAT	<input type="checkbox"/>	Todo Riesgo para Contratistas	<input type="checkbox"/>
Aviación	<input type="checkbox"/>	Vida Individual	<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil	<input type="checkbox"/>
Robo y Asalto	<input type="checkbox"/>	Desgravamen	<input type="checkbox"/>	Accidentes Personales	<input type="checkbox"/>
Animales	<input type="checkbox"/>	Sepelio	<input type="checkbox"/>	Asistencia Médica	<input type="checkbox"/>
Multiseguros	<input type="checkbox"/>	Agrícola	<input type="checkbox"/>	Seguros Previsionales	<input type="checkbox"/>
Vehículos	<input type="checkbox"/>	Domiciliario	<input type="checkbox"/>	Atención al Público	<input type="checkbox"/>
				Otros	<input type="checkbox"/>

**Motivos:**

Contratación o Cargo indebido del seguro	<input type="checkbox"/>	No está conforme con las condiciones de la póliza	<input type="checkbox"/>
Inadecuada o Ineficiente información sobre el seguro contratado	<input type="checkbox"/>	Problemas y/o demoras en el otorgamiento y pago de pensión por la empresa de seguros	<input type="checkbox"/>
No está conforme con el diagnóstico médico	<input type="checkbox"/>	No esta conforme con el monto de la indemnización	<input type="checkbox"/>
Demora en el reembolso de gastos	<input type="checkbox"/>	Incumplimiento en la resolución de la póliza	<input type="checkbox"/>
Cancelación indebida de la póliza	<input type="checkbox"/>	Rechazo en la atención del siniestro	<input type="checkbox"/>
No recibió póliza, certificado de seguro, endoso o cobertura provisional	<input type="checkbox"/>	Cobros indebidos: intereses, comisiones y gastos, tributos	<input type="checkbox"/>
Errores en la cobranza de las primas	<input type="checkbox"/>	Renovación indebida de la póliza	<input type="checkbox"/>
		Otros:	<input type="checkbox"/>

<b>Monto Reclamado:</b>	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------

<b>Documentos que se adjuntan:</b>	1 <input type="text"/>
	2 <input type="text"/>
	3 <input type="text"/>
	4 <input type="text"/>
	5 <input type="text"/>

<b>Detalle del reclamo:</b>

<b>Plazo estimado para resolver:</b>	<input type="text"/>
--------------------------------------	----------------------

Firma del cliente

Firma del receptor del reclamo

Nombre: