

Certificado de Seguro Desgravamen – Soles y Dólares
Código SBS N° V12027400111
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

HIPOTECARIO: US\$ (XXXXXX) S/ (XXXXXX) VEHICULAR: US\$ (XXXXXX) S/ (XXXXXX)

DATOS DE LA COMPANIA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: Interseguro Compañía de Seguros S.A. RUC: 20382748566
Dirección: Provincia: Departamento:
Centro de Atención al Cliente:
Teléfono: Página web:

DATOS DEL CONTRATANTE / BENEFICIARIO

Denominación o Razón Social: XXXXXXXXX RUC: XXXXXXXX
Dirección: XXXXXXXXXX Provincia: XXXXX
Departamento: XXXXXXXX Teléfono: XXXXXXXX

DATOS DEL CREDITO

Monto del crédito	Moneda del crédito: <input type="checkbox"/> Soles (S) <input type="checkbox"/> Dólares americanos (US\$)	Plazo	Nro Crédito
Tipo de crédito <input type="checkbox"/> Vehicular <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Otro:	Tasa de prima Mensual: % (de acuerdo a lo establecido en el cronograma de pagos)		

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres	
Tipo Doc. Identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro:	N° Doc. Identidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento: Día Mes Año
Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):	N° / Mz / Lt:	Dpto / Of. / Int.:	Distrito: Provincia:
Departamento:	Teléfono Fijo:	Celular:	Correo electrónico:
Ocupación:	Relación con el contratante: Cliente del contratante		

DATOS DEL ASEGURADO MANCOMUNADO (llenar en caso aplique)

Apellido Paterno:	Apellido Materno:		
Primer nombre:	Segundo nombre:		
Tipo Doc. Identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro:	N° Doc. Identidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento: Día Mes Año
Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):	N° / Mz / Lt:	Dpto / Of. / Int.:	Distrito: Provincia:
Departamento:	Teléfono Fijo:	Celular:	Correo electrónico:
Ocupación:	Relación con el contratante: Cliente del contratante		

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

	Titular	Mancomunado
1. ¿Padece de alguna enfermedad o dolencia actualmente? Indique. _____	SI NO	SI NO
2. ¿Ha requerido, le han recomendado o se ha sometido a hospitalización para tratamiento quirúrgico o médico? (No considerar apendicitis, amigdalitis, hernias) ¿Está gestando? Indique tiempo de gestación. _____	SI NO	SI NO
3. ¿Ha requerido, atención médica por alteraciones de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardíacos, neurológicos, renales, parálisis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, hepatitis, SIDA? Indique. _____	SI NO	SI NO
4. ¿Le han detectado algún tumor, se ha sometido o le han recomendado someterse a alguna prueba para descartar cáncer?	SI NO	SI NO
5. ¿Se ha sometido algún tratamiento, tomando algún medicamento o se encuentra en proceso de estudio del diagnóstico de alguna enfermedad? Indique: _____	SI NO	SI NO
6. ¿Ha padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración de salud?	SI NO	SI NO
7. ¿Sus padres han padecido o padecen de diabetes, enfermedades mentales, enfermedades cardiovasculares o tumorales? Indique. _____	SI NO	SI NO
8. ¿Participa en algún deporte riesgoso como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, street luge? ¿Participa en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross o carreras de caballo? Indique. _____	SI NO	SI NO
9. ¿Ha padecido de alguna incapacidad física, enfermedad, afección o dolencia no mencionada anteriormente que requirió tratamiento médico o intervención quirúrgica?	SI NO	SI NO
10. ¿Tiene diagnóstico de SIDA o de ser portador del VIH?	SI NO	SI NO
11. ¿Cuál es su estatura? ¿Cuál es su peso Si su peso ha variado en los últimos dos años, indique cuánto. ¿Su presión arterial es: Alta, Baja, Normal? Indique. _____	_____ cm _____ kg _____ kg	_____ cm _____ kg _____ kg
12. ¿Consume alcohol en exceso? ¿Fuma usted? Indique cuántos cigarrillos diarios fuma. Si usted fumaba indique hasta qué año. _____	SI NO SI NO	SI NO SI NO

En caso de que alguna(s) de sus respuestas anteriores haya sido afirmativa, indique a continuación el detalle:

Pregunta	T	M	Enfermedad o dolencia padecida	Fecha	Estado actual	Nombre del Médico y/o Clínica u Hospital

Confirmando la exactitud y la sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía y que una declaración falsa o reticencia efectuada mediante dolo o culpa inexcusable de mi parte implican la nulidad de la póliza. Autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias a revelar a la Compañía todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido al prestarme sus servicios.

¿Tiene usted otro seguro de vida o desgravamen vigente por crédito hipotecario, consumo u otro? (En caso afirmativo, detalle)

Tipo	Institución	Monto	Moneda	
			<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares
			<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares

DATOS DE LA PÓLIZA

Tipo de Riesgo Desgravamen	Moneda La misma pactada en el Contrato del Crédito
Fecha de inicio de vigencia:	Desde las 00:00 horas de la fecha de desembolso del crédito solicitado.
Fecha de término de vigencia:	Hasta las 24:00 horas de la fecha de completado el pago del crédito solicitado o hasta el xx/xx/xx, lo que ocurra primero.
Plazo de vigencia:	Anual, con renovación automática hasta culminar el mes que cumple los XX años de edad
Relación del Asegurado con el Contratante:	Cliente(s) titular(es) del crédito

PRIMA

Frecuencia: Mensual

Composición de prima:

Monto de Prima Comercial	Calculado en base a la siguiente fórmula: <i>Tasa de prima mensual establecida en el cuadro de Riesgos Cubiertos del presente documento por el saldo insoluto del crédito reportado a la fecha de cobranza por el Contratante.</i> La cuota mensual de la prima se encuentra detallada en el Cronograma de Pagos emitido por el Contratante.
---------------------------------	---

Lugar y forma de pago: Según las condiciones pactadas al momento de suscribir el contrato de crédito, conjuntamente con la cuota del crédito

RIESGOS CUBIERTOS

Coberturas	Suma Asegurada	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia	Suma Asegurada Máxima	Tasa de prima mensual (**)
Coberturas Principales						
Fallecimiento	Saldo insoluto al momento del siniestro	XX años	Hasta antes de cumplir XX años	Hasta culminar el mes que cumple XX años	Hipotecario (*):US\$ XXXXXX ó equivalente en moneda nacional. Vehicular: US\$ XXXXXX ó equivalente en moneda nacional.	Hipotecario: Individual: X.XX% Mancomunado: X.XX% Vehicular: Individual: X.XX% Mancomunado: X.XX%
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Saldo insoluto al momento del siniestro	XX años	Hasta antes de cumplir XX años	Hasta culminar el mes que cumple XX años		
Cobertura(s) Adicional(es)						
XXXXXXXXXX	XXXXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXXX

(*) Para los asegurados entre XX y XX años que hayan ingresado al seguro antes de cumplir XX años, el saldo insoluto máximo será de US\$ XXXXX o equivalente en moneda nacional. Para crédito Mi Vivienda o Techo Propio, el saldo insoluto será de US\$ XXXXX o su equivalente en moneda nacional.

(**) La tasa de la cuota mensual de la prima puede variar en función a la evaluación de la Declaración Personal de Salud realizada por la Compañía de Seguros.

La prima comercial total incluye:	Monto
% de cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador	XX%
En caso de incumplimiento de pago de prima:	Monto
Gastos de cobranza	XX

CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS: No aplica al presente seguro

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: Es el Saldo deudor del Asegurado, al momento de ocurrir uno de los tipos de siniestro amparados en esta póliza.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA: Fallecimiento: Se considerará Fallecimiento cubierto bajo esta Póliza, a toda muerte natural o accidental que no esté expresamente excluida en esta Póliza. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: Se considerará que la invalidez es total y permanente por accidente o enfermedad y se pagará el Capital Asegurado para la cobertura de invalidez cuando el Asegurado se encontrara total y permanentemente incapacitado o impedido de desempeñar cualquier ocupación o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, o presentara la pérdida total o el debilitamiento irreversible de sus fuerzas físicas y/o intelectuales de a lo menos dos terceras (2/3) partes o en un porcentaje igual o superior al 66,67%, de su capacidad de trabajo, siempre que sea determinado conforme al procedimiento descrito en el Artículo N° 3 de las Condiciones Generales. Comprende la invalidez que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato, se manifieste dentro de los 2 años siguientes al accidente.

Además, se reconocerá como invalidez total y permanente a los siguientes casos la pérdida total de: la vista de ambos ojos, o ambas manos, o ambos pies, o de una mano y de un pie, o una mano y la pérdida de la vista de un ojo, o un pie y la pérdida de la vista de un ojo, la enajenación mental incurable.

La presente Póliza adquiere fuerza legal, respecto del Contratante, desde las cero (00:00) horas del día de inicio de la cobertura hasta las veinticuatro horas (24:00) del día de término de la cobertura. Ambas fechas están indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para determinar fehacientemente que el grado de la invalidez es total y su naturaleza es permanente, el Asegurado deberá contar con información médica que sustente la condición de su invalidez, emitida conforme a la "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por el Decreto Ley N° 25897 y sus normas modificatorias o complementarias.

En caso La Compañía necesitare mayor evidencia respecto a la condición del Asegurado, éste deberá someterse a una evaluación médica efectuada por especialistas médicos designados por La Compañía, la cual será realizada conforme a las normas antes mencionadas y a cargo de la misma, así como dentro del plazo legal mencionado en el siguiente párrafo.

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 que tiene para consentir el siniestro; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

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 pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente respecto de las modificaciones efectuadas al Contratante y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados. La aprobación del Contratante deberá ser 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.

INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMAS: Por tratarse de un seguro grupal el pago de la prima estará a cargo del Contratante, quien recargará dicho pago en el Asegurado, y deberá realizarse en el plazo señalado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado del Seguro, hasta el término del período convenido. El monto de la prima, y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza y se consignan en el presente documento y podrán ser modificadas de mutuo acuerdo entre La Compañía y el Contratante, de lo que se informará previamente al Contratante conforme al Artículo N° 11 de las Condiciones Generales. La Compañía pondrá a disposición del Contratante la documentación necesaria para cumplir con informar las modificaciones al Asegurado. La Compañía podrá realizar la cobranza de una o más cuotas impagas.

El incumplimiento del pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, La Compañía deberá comunicar de manera cierta al Asegurado y al Contratante, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo con el que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encuentra suspendida. En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. Se considerará resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del día en que el contratante recibió una comunicación escrita de La Compañía informándole sobre esta decisión. El Contratante deberá, a su vez, informar a los Asegurados respecto a la resolución del contrato. Cuando la resolución se produzca por incumplimiento en el pago de la prima, La Compañía tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. No obstante lo anteriormente señalado, si La Compañía optase por no reclamar el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía. Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagas correspondientes al período cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente indicados por la Compañía en el Condicionado Particular y en el presente Certificado. Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante a través de la cual se comercialice el seguro tienen el mismo efecto que si se hubieran realizado a La Compañía. Sin perjuicio de lo expuesto, La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Asegurado que produzcan atrasos en el pago de la Prima.

EXCLUSIONES: El presente seguro no cubre cuando el Fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad del Asegurado ocurre a consecuencia de:

1. Suicidio, intento de suicidio, automutilación, o heridas causadas a sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que ya hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
2. Pena de muerte o muerte producida por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.
3. Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o partícipe, por uno o más beneficiarios o por quienes pudieren reclamar la suma asegurada.
4. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
5. Participación en deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, street luge. Así también la participación en entrenamientos o

- competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.
6. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
 7. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; o intervenir en viajes submarinos.
 8. Enfermedades preexistentes o Accidentes producidos con anterioridad al inicio de la póliza y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro. Así como, anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ella, y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
 9. Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/litro de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente.
 10. Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
 11. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la Escala Modificada de Mercalli, determinado por el Instituto Geofísico del Perú o por el servicio que en el futuro lo reemplace.
 12. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
 13. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado inmunodeficiencia.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO: El Certificado de Seguro quedará resuelto con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 10.
- b. Cuando se reclame fraudulentamente el pago de la cobertura de un siniestro en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 18 del Condicionado General.
- c. 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. El presente seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración del contrato. La resolución será comunicada al Contratante y al Asegurado. Se entenderá que el contrato quedará resuelto en la fecha de su notificación.
- d. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 15 del Condicionado General.

En caso el Contratante y/o Asegurado 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. De corresponder la devolución de la prima no devengada al Contratante y/o Asegurado, esta devolución se realizará en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, computados desde la fecha de presentación de la solicitud de resolución. En el supuesto contemplado en el literal c), cuando La Compañía opte por resolver el contrato, ésta tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Para los demás supuestos, La Compañía devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado en el plazo máximo de treinta (30) calendario contados desde la notificación de la resolución.

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA: El Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa de su afiliación al contrato, adjuntando la siguiente documentación: a) Original de 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 simple del Documento Nacional de Identidad.

Dicho trámite podrá realizarse, en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.pe), 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 Contratante o el Asegurado tuviesen 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, considerando que la cobranza se realiza en forma adelantada. El contrato terminará a las 23:59 horas del día en que se recibe la solicitud de resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a partir de las 00:00 horas del día siguiente todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA: El siniestro deberá ser comunicado a La Compañía dentro de los siete (07) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

En caso de siniestro, el Asegurado o sus herederos legales, según corresponda, deberán presentar al Contratante o en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía, los siguientes documentos probatorios: Para Fallecimiento por enfermedad o accidente: a) Copia certificada de la Partida o Acta de Defunción del Asegurado, emitida por el RENIEC y b) Copia certificada del Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo.

En caso de accidente presentar adicionalmente: a) Copia certificada del Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda, expedido por la Policía Nacional del Perú - PNP; b) Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público; c) Copia certificada del resultado de dosaje etílico, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público; y d) Copia certificada del resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público.

Para Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: a) Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado; b) Copia certificada del resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcholema emitido por el Instituto de Medicina Legal, cuando corresponda; c) Original o certificación de reproducción notarial del Dictamen de invalidez del COMAFP, dictamen de invalidez del COMEC, Certificado de Invalidez Total y Permanente emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación o Certificado de Discapacidad emitido por una Comisión Médica de ESSALUD o MINSA; d) Copia certificada del Atestado Policial, cuando corresponda.

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, para consentir el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, La Compañía tendrá derecho a examinar al Asegurado por los médicos que se designen para el efecto, pudiendo adoptar todas las medidas conducentes a la mejor y más completa investigación para determinar la certeza, naturaleza y gravedad de las lesiones originadas en el accidente y verificar el grado de invalidez respectivo. En caso de negativa del Asegurado a someterse a dicha evaluación, La Compañía quedará liberada de efectuar el pago de la suma asegurada solicitada. Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. En caso de la cobertura de fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este tome conocimiento de la existencia del beneficio.

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS: Podrás realizar cualquier reclamo y/o requerimiento a través de nuestros canales de atención. La respuesta se comunicará al cliente en un plazo máximo de 30 días calendario de recibido según el medio de respuesta pactado. Las comunicaciones cursadas por los asegurados o beneficiarios al Contratante, sobre aspectos relacionados al seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Compañía. El área de Atención al Cliente es la encargada de atender los reclamos.

Centro de Atención al Cliente:

Llámanos al: (01) 500-0000

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Chatea con nosotros: www.interseguro.com.pe

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Atención Presencial:

Dirección Luis Fernán Bedoya Reyes 3071, San Isidro – Lima.

Lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

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, según corresponda: En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante o Asegurado 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: Calle Amador Merino Reyna N° 307, Edificio Nacional, Piso 9, San Isidro, Lima – Perú; Telefax: 2011600)

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 Departamento de Servicios al Ciudadano 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 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.
- La póliza de seguro entrará en vigencia únicamente si el Contratante le otorga el crédito al Asegurado.
- El Contratante e Interseguro acuerdan que la entrega de su póliza, así como toda comunicación futura relacionada con ella será enviada al correo electrónico declarado en el Contrato de Tarjeta de Crédito de Interbank.
- La vigencia de las coberturas anteriormente detalladas, termina con la cancelación del crédito, quedando La Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido, en fecha posterior a la cancelación del mismo.
- 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 de seguro. Asimismo, 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 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 como 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
- 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 Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- Para mayor información puedes encontrar las Condiciones Generales del producto en: <https://www.interseguro.pe/otros-banca/interbank-desgravamen>.

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 N° 003-2013-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, Perú, informa sobre los alcances del tratamiento¹ de los datos personales que nos facilita con ocasión a la contratación de su seguro y que se encuentran consignados en su Contrato de Tarjeta de Crédito.

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 nacional² e internacional³ los Datos Personales a terceros que realizarán actividades relacionadas a la ejecución de la relación contractual por encargo de Interseguro.

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 XXXX

³ XXXX

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 - InterCorp⁴, 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	<input type="checkbox"/>	No acepto	<input type="checkbox"/>

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.

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

Firma del Asegurado Titular

Firma de Representante de La Compañía

Lugar y fecha

Nota: El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.



Nro Certificado: _____

Certificado de Seguro de Desgravamen
Código SBS N° VI2027400111

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

LEASING BPE US\$ (XXXXXX) S/ (XXXXXX) MYPES US\$ (XXXXXX) S/ (XXXXXX)
REFINANCIADO US\$ (XXXXXX) S/ (XXXXXX) CONVENIOS US\$ (XXXXXX) S/ (XXXXXX)
TITULIZADORA US\$ (XXXXXX) S/ (XXXXXX) CONVENIOS CNG S/ (XXXXXX)
LEASING PN US\$ (XXXXXX) S/ (XXXXXX)
OTRO: _____ (_____)

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: Interseguro Compañía de Seguros S.A. RUC: 20382748566
Dirección: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
Centro de Atención al Cliente: _____
Teléfono: _____ Página web: _____

DATOS DEL CONTRATANTE / BENEFICIARIO

Denominación o Razón Social: XXXXXXXXXXXX RUC: XXXXXXXXXXXX
Dirección: XXXXXXXXXXXX Provincia: XXXX
Departamento: XXXX Teléfono: XXXXXXXX

DATOS DEL CRÉDITO

Monto del crédito: _____ Moneda Soles (S/) Dólares (US\$) Plazo _____ N° Crédito: _____
Tipo Préstamo Consumo Vivienda Otro: _____ Tipo Amortización Mensual Trimestral Semestral Anual Unico
Tasa de prima mensual _____
% (de acuerdo a lo establecido en el Cronograma de Pagos)

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
Tipo Doc. Identidad: _____ N° Doc. Identidad: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.) N° / Mz / Lt Dpto / Of. / Int. Distrito: _____
Provincia: _____ Departamento: _____ Teléfono Fijo: _____
Celular: _____ Correo electrónico: _____ Ocupación: _____
Relación con el Contratante: _____
Cliente del Contratante

DATOS DEL ASEGURADO MANCOMUNADO

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
Tipo Doc. Identidad: _____ N° Doc. Identidad: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Correo electrónico: _____ Ocupación: _____
Relación con el Asegurado: _____

DATOS DE LA POLIZA**Tipo de Riesgo**

Desgravamen

Moneda

La misma pactada en el Contrato del Crédito

Fecha de inicio de vigencia: Desde las 00:00 horas de la fecha de desembolso del crédito solicitado.**Fecha de término de vigencia:** Hasta las 24:00 horas de la fecha de completado el pago del crédito solicitado o hasta el xx/xx/xx, lo que ocurra primero.**Plazo de vigencia:** Anual, con renovación automática hasta culminar el mes que cumple los XX años de edad**Relación del Asegurado con el Contratante:** Cliente(s) titular(es) del crédito**PRIMA****Frecuencia:** Mensual**Composición de prima:**

Monto de Prima Comercial	Calculado en base a la siguiente fórmula: <i>Tasa de prima mensual establecida en el cuadro de Sumas Aseguradas Máximas del presente documento por el saldo insoluto del crédito reportado a la fecha de cobranza por el Contratante.</i> La cuota mensual de la prima se encuentra detallada en el Cronograma de Pagos emitido por el Contratante.
---------------------------------	--

Lugar y forma de pago: Según las condiciones pactadas al momento de suscribir el contrato de crédito, conjuntamente con la cuota del crédito**RIESGOS CUBIERTOS**

Coberturas	Suma Asegurada	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Coberturas Principales				
Fallecimiento	Saldo insoluto al momento del siniestro	XX años	Hasta antes de cumplir XX años	Hasta antes de cumplir XX años
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Saldo insoluto al momento del siniestro	XX años	Hasta antes de cumplir XX años	Hasta antes de cumplir XX años
Cobertura(s) Adicional(es)				
xxxxx	xxx	xxx	xxx	xxx

SUMAS ASEGURADAS MAXIMAS

N° Póliza	Moneda de Póliza	Tipo de Póliza	Suma Asegurada Máxima	Tasa de prima mensual (%)
XXXXXX	XXX	Convenio	XX,XXX	X.XX %
XXXXXX	XXX	Convenio	XX,XXX	X.XX %
XXXXXX	XXX	Crédito leasing BPE	XXX,XXX	Individual: X.XX % / Mancomunado: X.XX%
XXXXXX	XXX	Crédito leasing BPE	XXX,XXX	Individual: X.XX % / Mancomunado: X.XX%
XXXXXX	XXX	Crédito leasing PN	XXX,XXX	Individual: X.XX % / Mancomunado: X.XX%
XXXXXX	XXX	Crédito leasing PN	XXX,XXX	Individual: X.XX % / Mancomunado: X.XX%
XXXXXX	XXX	Efectivo	XXX,XXX	X.XX %
XXXXXX	XXX	Efectivo	XXX,XXX	X.XX %
XXXXXX	XXX	MYPES	XXX,XXX	Individual: X.XX % / Mancomunado: X.XX%
XXXXXX	XXX	MYPES	XXX,XXX	Individual: X.XX % / Mancomunado: X.XX%
XXXXXX	XXX	Otros	XXX,XXX	X.XX %
XXXXXX	XXX	Titulizadora	XXX,XXX	Individual: X.XX % / Mancomunado: X.XX%
XXXXXX	XXX	Titulizadora	XXX,XXX	Individual: X.XX % / Mancomunado: X.XX%

La prima comercial total incluye:	Monto
% de cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador	XX%
En caso de incumplimiento de pago de prima:	Monto
Gastos de cobranza	XX

CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS: No aplica al presente seguro

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: Es el Saldo deudor del Asegurado, al momento de ocurrir uno de los tipos de siniestro amparados en esta póliza.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA: Fallecimiento: Se considerará Fallecimiento cubierto bajo esta Póliza, a toda muerte natural o accidental que no esté expresamente excluida en esta Póliza. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: Se considerará que la invalidez es total y permanente por accidente o enfermedad y se pagará el Capital Asegurado para la cobertura de invalidez cuando el Asegurado se encontrara total y permanentemente incapacitado o impedido de desempeñar cualquier ocupación o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, o presentara la pérdida total o el debilitamiento irreversible de sus fuerzas físicas y/o intelectuales de a lo menos dos terceras (2/3) partes o en un porcentaje igual o superior al 66,67%, de su capacidad de trabajo, siempre que sea determinado conforme al procedimiento descrito en el Artículo N° 3 de las Condiciones Generales. Comprende la invalidez que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato, se manifieste dentro de los 2 años siguientes al accidente.

Además, se reconocerá como invalidez total y permanente a los siguientes casos la pérdida total de: la vista de ambos ojos, o ambas manos, o ambos pies, o de una mano y de un pie, o una mano y la pérdida de la vista de un ojo, o un pie y la pérdida de la vista de un ojo, la enajenación mental incurable.

La presente Póliza adquiere fuerza legal, respecto del Contratante, desde las cero (00:00) horas del día de inicio de la cobertura hasta las veinticuatro horas (24:00) del día de término de la cobertura. Ambas fechas están indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para determinar fehacientemente que el grado de la invalidez es total y su naturaleza es permanente, el Asegurado deberá contar con información médica que sustente la condición de su invalidez, emitida conforme a la "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por el Decreto Ley N° 25897 y sus normas modificatorias o complementarias.

En caso La Compañía necesitare mayor evidencia respecto a la condición del Asegurado, éste deberá someterse a una evaluación médica efectuada por especialistas médicos designados por La Compañía, la cual será realizada conforme a las normas antes mencionadas y a cargo de la misma, así como dentro del plazo legal mencionado en el siguiente párrafo.

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 que tiene para consentir el siniestro; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

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 pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente respecto de las modificaciones efectuadas al Contratante y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados. La aprobación del Contratante deberá ser 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.

INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMAS: Por tratarse de un seguro grupal el pago de la prima estará a cargo del Contratante, quien recargará dicho pago en el Asegurado, y deberá realizarse en el plazo señalado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado del Seguro, hasta el término del período convenido. El monto de la prima, y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza y se consignan en el presente documento y podrán ser modificadas de mutuo acuerdo entre La Compañía y el Contratante, de lo que se informará previamente al Contratante conforme al Artículo N° 11 de las Condiciones Generales. La Compañía pondrá a disposición del Contratante la documentación necesaria para cumplir con informar las modificaciones al Asegurado. La Compañía podrá realizar la cobranza de una o más cuotas impagas.

El incumplimiento del pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, La Compañía deberá comunicar de manera cierta al Asegurado y al Contratante, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo con el que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encuentra suspendida. En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias.

Se considerará resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del día en que el Contratante recibió una comunicación escrita de La Compañía informándole sobre esta decisión. Cuando la resolución se produzca por incumplimiento en el pago de la prima, La Compañía tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

No obstante lo anteriormente señalado, si La Compañía optase por no reclamar el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía. Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagas correspondientes al período cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente indicados por La Compañía en el Condicionado Particular y en el presente Certificado.

Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante a través de la cual se comercialice el seguro tienen el mismo efecto que si se hubieran realizado a La Compañía. Sin perjuicio de lo expuesto, La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Asegurado que produzcan atrasos en el pago de la Prima.

EXCLUSIONES: El presente seguro no cubre cuando el Fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad del Asegurado ocurre a consecuencia de:

1. Suicidio, intento de suicidio, automutilación, o heridas causadas a sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que ya hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
2. Pena de muerte o muerte producida por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.
3. Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o partícipe, por uno o más beneficiarios o por quienes pudieren reclamar la suma asegurada.
4. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
5. Participación en deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolesa, street luge. Así también la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.
6. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
7. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; o intervenir en viajes submarinos.
8. Enfermedades preexistentes o Accidentes producidos con anterioridad al inicio de la póliza y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro. Así como, anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ella, y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
9. Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/litro de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente.
10. Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
11. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la Escala Modificada de Mercalli, determinado por el Instituto Geofísico del Perú o por el servicio que en el futuro lo reemplace.
12. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
13. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado inmunodeficiencia.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO: El Certificado de Seguro quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 10.
- b. Cuando se reclame fraudulentamente el pago de la cobertura de un siniestro en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 18 del Condicionado General.
- c. 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. El presente seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración del contrato.
- d. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 15 del Condicionado General.

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. De corresponder la devolución de la prima no devengada al Contratante, esta devolución se realizará en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, computados desde la fecha de presentación de la solicitud de resolución. En el supuesto contemplado en el literal c), cuando La Compañía opte por resolver el contrato, ésta tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo

transcurrido. Para los demás supuestos, La Compañía devolverá la prima correspondiente al período no devengado en el plazo máximo de treinta (30) calendario contados desde la notificación de la resolución.

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 con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación: a) Original de 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 simple del Documento Nacional de Identidad.

Dicho trámite podrá realizarse, en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.pe), 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 Contratante o el Asegurado tuviesen 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, considerando que la cobranza se realiza en forma adelantada. El contrato terminará a las 23:59 horas del día en que se recibe la solicitud de resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a partir de las 00:00 horas del día siguiente todos los derechos y obligaciones de la presente póliza

AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA: El siniestro deberá ser comunicado a La Compañía dentro de los siete (07) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

En caso de siniestro, el Asegurado o sus herederos legales, según corresponda, deberán presentar al Contratante o en los Centros de Atención al Cliente de la Compañía, los siguientes documentos probatorios:

Para Fallecimiento por enfermedad o accidente: a) Copia certificada de la Partida o Acta de Defunción del Asegurado, emitida por el RENIEC; b) Copia certificada del Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo. En caso de accidente presentar adicionalmente: a) Copia certificada del Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda, expedido por la Policía Nacional del Perú - PNP; b) Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público; c) Copia certificada del resultado de dosaje etílico, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público; y d) Copia certificada del resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público.

Para Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: a) Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado; b) Copia certificada del resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcoholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, cuando corresponda; c) Original o certificación de reproducción notarial del Dictamen de invalidez del COMAFP, dictamen de invalidez del COMEC, Certificado de Invalidez Total y Permanente emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación o Certificado de Discapacidad emitido por una Comisión Médica de ESSALUD o MINSA; d) Copia certificada del Atestado Policial, cuando corresponda.

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, para consentir el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, La Compañía tendrá derecho a examinar al Asegurado por los médicos que se designen para el efecto, pudiendo adoptar todas las medidas conducentes a la mejor y más completa investigación para determinar la certeza, naturaleza y gravedad de las lesiones originadas en el accidente y verificar el grado de invalidez respectivo. En caso de negativa del Asegurado a someterse a dicha evaluación, La Compañía quedará liberada de efectuar el pago de la suma asegurada solicitada. Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. En caso de la cobertura de fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este tome conocimiento de la existencia del beneficio.

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS: Podrás realizar cualquier reclamo y/o requerimiento a través de nuestros canales de atención. La respuesta se comunicará al cliente en un plazo máximo de 30 días calendario de recibido según el medio de respuesta pactado. Las comunicaciones cursadas por los asegurados o beneficiarios al Contratante, sobre aspectos relacionados al seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a La Compañía. El área de Atención al Cliente es la encargada de atender los reclamos.

Centro de Atención al Cliente:

Llámanos al: (01) 500-0000

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Chatea con nosotros: www.interseguro.com.pe

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Atención Presencial:

Dirección Luis Fernán Bedoya Reyes 3071, San Isidro – Lima.

Lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

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, según corresponda:** En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante o Asegurado 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: Calle Amador Merino Reyna N° 307, Edificio Nacional, Piso 9, San Isidro, Lima – Perú; Telefax: 2011600).**

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, teléfono: 224-7777).**

2.3 **Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (Dirección: Av. Dos de Mayo 1475 – San Isidro, web: www.sbs.gob.pe, teléfono gratuito N° 0-800-10840).**

IMPORTANTE:

- 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
- La póliza de seguro entrará en vigencia únicamente si el Contratante le otorga el crédito al Asegurado.
- El Contratante e Interseguro acuerdan que la entrega de su póliza, así como toda comunicación futura relacionada con ella será enviada al correo electrónico declarado en el Contrato de Tarjeta de Crédito de Interbank.
- La vigencia de las coberturas anteriormente detalladas, termina con la cancelación del crédito, quedando La Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido, en fecha posterior a la cancelación del mismo.
- 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 de seguro. Asimismo, 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 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 como 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.
- 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 Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- Para mayor información puedes encontrar las Condiciones Generales del producto en: <https://www.interseguro.pe/otros-banca/interbank-desgravamen>.

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 N° 003-2013-JUS, a través de este documento Interseguro Compañía de Seguros S.A. (“Interseguro”), con domicilio Av. Javier Prado Este N° 492, Of. 2601, Urb. Jardín, San Isidro, Lima, Perú, informa sobre los alcances del tratamiento⁵ de los datos personales que nos facilita con ocasión a la contratación de su seguro.

TRATAMIENTO NECESARIO:

Usted, como Asegurado y Asegurado Mancomunado de ser el caso, 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

⁵ 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.

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 nacional⁶ e internacional⁷ 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 o Asegurado Mancomunado, según corresponda y 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 - Intercorp⁸, 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		Asegurado Mancomunado	
Sí acepto	<input type="checkbox"/>	No acepto	<input type="checkbox"/>
Sí acepto	<input type="checkbox"/>	No acepto	<input type="checkbox"/>

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.

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
Firma del Asegurado Mancomunado (***)

Firma de Representante de La Compañía
Lugar y fecha

Nota: El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.

⁶ XXXX
⁷ XXXX
⁸ XXX

Certificado de Seguro de Desgravamen de Tarjeta de Crédito

Código SBS N° VI2027400111

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

XXXXXX (US\$) XXXXXX (S/)

DATOS DE LA COMPañIA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: Interseguro Compañía de Seguros S.A.

RUC: 20382748566

Dirección:

Provincia:

Departamento:

Centro de Atención al Cliente:

Página web:

Teléfono:

DATOS DEL CONTRATANTE / BENEFICIARIO

Denominación o Razón Social: XXXXXXXXXXXX

RUC: XXXXXXXXXXXX

Dirección: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Provincia: XXXXXX

Departamento: XXXXXXXX

Teléfono: XXX-XXXX

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

El Asegurado de la presente Solicitud-Certificado es el Titular de la Tarjeta de Crédito. Los datos personales del Asegurado son los mismos consignados en el Contrato de Tarjeta de Crédito de XXXXXXXXXXXX.

Relación con el Contratante: Cliente que mantiene una Tarjeta de Crédito con el Contratante

DATOS DE LA PÓLIZA

Tipo de Riesgo: Desgravamen

Moneda: La misma pactada en el Contrato de la Tarjeta de Crédito

Fecha de inicio de vigencia:

Desde las 00:00 horas de la fecha de haber firmado el Contrato de Tarjeta de Crédito

Fecha de término de vigencia:

Hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución.

Plazo de vigencia:

Anual, con renovación automática hasta culminar el mes que cumple los XX años de edad

Relación del Asegurado con el Contratante:

Cliente titular suscrito en el Contrato de la Tarjeta de Crédito

MONTO DE PRIMA COMERCIAL

Frecuencia:

Mensual

Monto de Prima Comercial: Según el siguiente cuadro.

Tipo de Tarjeta de Crédito	Monto de Prima Comercial	Tipo de Tarjeta de Crédito	Monto de Prima Comercial
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX

La prima comercial total incluye:	Monto
% de cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador	XX%
En caso de incumplimiento de pago de prima:	Monto
Gastos de cobranza	XX

Lugar y forma de pago:

Según las condiciones pactadas al momento de suscribir el contrato de la Tarjeta de Crédito.

Los topes máximos de cobro por moneda son:

RIESGOS CUBIERTOS

Coberturas	Suma Asegurada	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia	Suma Asegurada Máxima
Coberturas Principales					
Fallecimiento	Saldo insoluto al momento del siniestro	XX años	Hasta antes de cumplir XX años	Hasta culminar el mes que cumple XX años	USD XX,XXX (*)
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Saldo insoluto al momento del siniestro	X años	Hasta antes de cumplir XX años	Hasta culminar el mes que cumple XX años	
Cobertura(s) Adicional(es)					
xxxxxxxx					

(*) Para los asegurados entre los XX y XX años que hayan ingresado al Seguro antes de cumplir los XX años el saldo insoluto máximo será de US\$ X,XXX.XX Dólares, o su equivalente en moneda nacional.

CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS: No aplica al presente seguro

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: Es el Saldo deudor del Asegurado, al momento de ocurrir uno de los tipos de siniestro amparados en esta póliza.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA: Fallecimiento: Se considerará Fallecimiento cubierto bajo esta Póliza, a toda muerte natural o accidental que no esté expresamente excluida en esta Póliza. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: Se considerará que la invalidez es total y permanente por accidente o enfermedad y se pagará el Capital Asegurado para la cobertura de invalidez cuando el Asegurado se encontrara total y permanentemente incapacitado o impedido de desempeñar cualquier ocupación o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, o presentara la pérdida total o el debilitamiento irreversible de sus fuerzas físicas y/o intelectuales de a lo menos dos terceras (2/3) partes o en un porcentaje igual o superior al 66,67%, de su capacidad de trabajo, siempre que sea determinado conforme al procedimiento descrito en el Artículo N° 3 de las Condiciones Generales. Comprende la invalidez que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato, se manifieste dentro de los 2 años siguientes al accidente.

Además, se reconocerá como invalidez total y permanente a los siguientes casos la pérdida total de: la vista de ambos ojos, o ambas manos, o ambos pies, o de una mano y de un pie, o una mano y la pérdida de la vista de un ojo, o un pie y la pérdida de la vista de un ojo, la enajenación mental incurable.

Para determinar fehacientemente que el grado de la invalidez es total y su naturaleza es permanente, el Asegurado deberá contar con información médica que sustente la condición de su invalidez, emitida conforme a la "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por el Decreto Ley N° 25897 y sus normas modificatorias o complementarias.

En caso La Compañía necesitare mayor evidencia respecto a la condición del Asegurado, éste deberá someterse a una evaluación médica efectuada por especialistas médicos designados por La Compañía, la cual será realizada conforme a las normas antes mencionadas y a cargo de la misma, así como dentro del plazo legal mencionado en el siguiente párrafo.

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 que tiene para consentir el siniestro; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

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 Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente respecto de las modificaciones efectuadas al Contratante y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados. La aprobación del Contratante deberá ser 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.

INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMAS: Por tratarse de un seguro grupal el pago de la prima estará a cargo del Contratante, quien recargará dicho pago en el Asegurado, y deberá realizarse en el plazo señalado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado del Seguro, hasta el término del período convenido. El monto de la prima, y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza y se consignan en el presente documento y podrán ser modificadas de mutuo acuerdo entre La Compañía y el Contratante, de lo que se informará previamente al Contratante conforme al Artículo N° 11 de las Condiciones Generales. La Compañía pondrá a disposición del Contratante la documentación necesaria para cumplir con informar las modificaciones al Asegurado. La Compañía podrá realizar la cobranza de una o más cuotas impagas.

El incumplimiento del pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, La Compañía deberá comunicar de manera cierta al Asegurado y al Contratante, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo con

el que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encuentra suspendida. En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. Se considerará resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del día en que el Contratante recibió una comunicación escrita de La Compañía informándole sobre esta decisión. Cuando la resolución se produzca por incumplimiento en el pago de la prima, La Compañía tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

No obstante lo anteriormente señalado, si La Compañía optase por no reclamar el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía. Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagas correspondientes al periodo cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente indicados por La Compañía en el Condicionado Particular y en el presente Certificado.

Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante a través de la cual se comercialice el seguro tienen el mismo efecto que si se hubieran realizado a La Compañía. Sin perjuicio de lo expuesto, la Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Asegurado que produzcan atrasos en el pago de la Prima.

EXCLUSIONES: El presente seguro no cubre cuando el Fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad del Asegurado ocurre a consecuencia de: 1) Suicidio, intento de suicidio, automutilación, o heridas causadas a sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que ya hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro; 2) Pena de muerte o muerte producida por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice; 3) Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o partícipe, por uno o más beneficiarios o por quienes pudieren reclamar la suma asegurada; 4) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado; 5) Participación en deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolesa, street luge. Así también la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo; 6) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico; 7) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; o intervenir en viajes submarinos; 8) Enfermedades preexistentes o Accidentes producidos con anterioridad al inicio de la póliza y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro. Así como, anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ella, y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza; 9) Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente; 10) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza; 11) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la Escala Modificada de Mercalli, determinado por el Instituto Geofísico del Perú o por el servicio que en el futuro lo reemplace; 12) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan; 13) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado inmunodeficiencia.

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. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 10.
- b. Cuando se reclame fraudulentamente el pago de la cobertura de un siniestro en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 18 del Condicionado General.
- c. 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. El presente seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración del contrato. La resolución será comunicada al Contratante y al Asegurado. Se entenderá que el contrato quedará resuelto en la fecha de su notificación.
- d. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 15 del Condicionado General.

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. De corresponder la

devolución de la prima no devengada al Contratante, esta devolución se realizará en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, computados desde la fecha de presentación de la solicitud de resolución. En el supuesto contemplado en el literal c), cuando La Compañía opte por resolver el contrato, ésta tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Para los demás supuestos, La Compañía devolverá la prima correspondiente al período no devengado en el plazo máximo de treinta (30) calendario contados desde la notificación de la resolución.

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA: El Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa de su afiliación al contrato, adjuntando la siguiente documentación: a) Original de 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 simple del Documento Nacional de Identidad.

Dicho trámite podrá realizarse, en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.pe), 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 Contratante o el Asegurado tuviesen 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, considerando que la cobranza se realiza en forma adelantada. El contrato terminará a las 23:59 horas del día en que se recibe la solicitud de resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a partir de las 00:00 horas del día siguiente todos los derechos y obligaciones de la presente póliza

AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA: El siniestro deberá ser comunicado a La Compañía dentro de los siete (07) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda. En caso de siniestro, el Asegurado o sus herederos legales, según corresponda, deberán presentar al Contratante o en los Centros de Atención al Cliente de la Compañía, los siguientes documentos probatorios:

Para Fallecimiento por enfermedad o accidente: a) Copia certificada de la Partida o Acta de Defunción del Asegurado emitida por el RENIEC; b) Copia certificada del Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo.

En caso de accidente presentar adicionalmente: a) Copia certificada del Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda, expedido por la Policía Nacional del Perú - PNP; b) Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público; c) Copia Certificada del resultado de dosaje etílico, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público; y d) Copia Certificada del resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público.

Para Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: a) Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado; b) Copia Certificada del resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcoholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, cuando corresponda; c) Original o certificación de reproducción notarial del Dictamen de invalidez del COMAFP, dictamen de invalidez del COMEC, Certificado de Invalidez Total y Permanente emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación o Certificado de Discapacidad emitido por una Comisión Médica de ESSALUD o MINSAL; d) Copia certificada del Atestado Policial, cuando corresponda.

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, para consentir el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, La Compañía tendrá derecho a examinar al Asegurado por los médicos que se designen para el efecto, pudiendo adoptar todas las medidas conducentes a la mejor y más completa investigación para determinar la certeza, naturaleza y gravedad de las lesiones originadas en el accidente y verificar el grado de invalidez respectivo. En caso de negativa del Asegurado a someterse a dicha evaluación, La Compañía quedará liberada de efectuar el pago de la suma asegurada solicitada. Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. En caso de la cobertura de fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este tome conocimiento de la existencia del beneficio.

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS: Podrás realizar cualquier reclamo y/o requerimiento a través de nuestros canales de atención. La respuesta se comunicará al cliente en un plazo máximo de 30 días calendario de recibido según el medio de respuesta pactado. Las comunicaciones cursadas por los asegurados o beneficiarios al Contratante, sobre aspectos relacionados al seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Compañía. El área de Atención al Cliente es la encargada de atender los reclamos.

Centro de Atención al Cliente:

Llámanos al: (01) 500-0000

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Chatea con nosotros: www.interseguro.com.pe

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Atención Presencial:

Dirección Luis Fernán Bedoya Reyes 3071, San Isidro – Lima.

Lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

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, según corresponda:** En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante o Asegurado 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: Calle Amador Merino Reina 307, Edificio Nacional, Piso 9, San Isidro, Lima – Perú; Telefax: 2011600).**

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 **Departamento de Servicios al Ciudadano 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 a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios desde la fecha de recepción de la solicitud.
- La póliza de seguro entrará en vigencia únicamente si el Contratante le otorga el crédito al Asegurado.
- El Contratante e Interseguro acuerdan que la entrega de su póliza, así como toda comunicación futura relacionada con ella será enviada al correo electrónico declarado en el Contrato de Tarjeta de Crédito de Interbank.
- La vigencia de las coberturas anteriormente detalladas, termina con la cancelación del crédito, quedando La Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido, en fecha posterior a la cancelación del mismo.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- En el presente Certificado se encuentra contenido el resumen de la póliza de seguro. Asimismo, el Asegurado declara haber recibido el 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 Contratante, 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 Contratante, 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 Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- Para mayor información puedes encontrar las Condiciones Generales del producto en: <https://www.interseguro.pe/otros-banca/interbank-desgravamen>.

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 N° 003-2013-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, Perú, informa sobre los alcances del tratamiento⁹ de los datos personales que nos facilita con ocasión a la contratación de su seguro y que se encuentran consignados en su Contrato de Tarjeta de Crédito.

⁹ 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.

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 nacional¹⁰ e internacional¹¹ 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 - Intercorp¹², 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	<input type="checkbox"/>	No acepto	<input type="checkbox"/>

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.

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

Firma del Asegurado Titular

Firma de Representante de La Compañía

Lugar y fecha

¹⁰ XXXX
¹¹ XXXX
¹² XXX

Nota: El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.



N° _____

Certificado de Seguro de Desgravamen de Tarjeta Oh!
Código SBS N° VI2027400111 | Póliza N° XXXXXX (X)
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: Interseguro Compañía de Seguros S.A. RUC: 20382748566
Dirección: Provincia: L Departamento:
Centro de Atención al Cliente:
Teléfono: Página web:

DATOS DEL CONTRATANTE / BENEFICIARIO

Denominación o Razón Social: XXXXXXXX RUC:XXXXXXXX
Dirección: XXXXXXXXXXXX Provincia: XXXX Departamento: XXX Teléfono: XXX-XXXX

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

El Asegurado de la presente Solicitud-Certificado es el Titular de la Tarjeta de Crédito. Los datos personales del Asegurado son los mismos consignados en el Contrato de Tarjeta de Crédito de XXXXXXXXXXXX,
Relación con el Contratante: Cliente que mantiene una Tarjeta de Crédito con el Contratante

DATOS DE LA PÓLIZA

Tipo de Riesgo: Desgravamen **Moneda:** La misma pactada en el Contrato de la Tarjeta de Crédito
Fecha de inicio de vigencia: Desde las 00:00 horas del día siguiente de haber firmado el Contrato de Tarjeta de Crédito
Fecha de término de vigencia: Hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución, o hasta el xx/xx/xx lo que ocurra primero.
Plazo de vigencia: Anual, con renovación automática hasta culminar el mes que cumple los XX años de edad
Relación del Asegurado con el Contratante: Cliente titular suscrito en el Contrato de Tarjeta de Crédito

PRIMA

Plan	Monto de Prima Comercial:	Frecuencia de pago
Desgravamen Tarjeta Oh!	X.XX	XXXXXXX
Lugar y forma de pago:	Según las condiciones pactadas al momento de suscribir el Contrato de Tarjeta de Crédito.	
La prima comercial total incluye:	Monto	
% de cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador	XX%	
En caso de incumplimiento de pago de prima:	Monto	
Gastos de cobranza	XX	

RIESGOS CUBIERTOS

Coberturas	Suma Asegurada	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia	Suma Asegurada Máxima
------------	----------------	------------------------	------------------------	----------------------------	-----------------------

Coberturas Principales					
Fallecimiento	Saldo insoluto al momento del siniestro	XX años	Hasta antes de cumplir XX años	Hasta culminar el mes que cumple XX años	XX,XXX
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Saldo insoluto al momento del siniestro	XX años	Hasta antes de cumplir XX años	Hasta culminar el mes que cumple XX años	
Cobertura(s) Adicional(es)					
XXXXXXXXXXXX	XXXX	XXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS: No aplica al presente seguro

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: Es el Saldo deudor del Asegurado, al momento de ocurrir uno de los tipos de siniestro amparados en esta póliza.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA: Fallecimiento: Se considerará Fallecimiento cubierto bajo esta Póliza, a toda muerte natural o accidental que no esté expresamente excluida en esta Póliza. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: Se considerará que la invalidez es total y permanente por accidente o enfermedad y se pagará el Capital Asegurado para la cobertura de invalidez cuando el Asegurado se encontrara total y permanentemente incapacitado o impedido de desempeñar cualquier ocupación o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, o presentara la pérdida total o el debilitamiento irreversible de sus fuerzas físicas y/o intelectuales de a lo menos dos terceras (2/3) partes o en un porcentaje igual o superior al 66,67%, de su capacidad de trabajo, siempre que sea determinado conforme al procedimiento descrito en el Artículo N° 3 de las Condiciones Generales. Comprende la invalidez que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato, se manifieste dentro de los 2 años siguientes al accidente.

Además, se reconocerá como invalidez total y permanente a los siguientes casos la pérdida total de: la vista de ambos ojos, o ambas manos, o ambos pies, o de una mano y de un pie, o una mano y la pérdida de la vista de un ojo, o un pie y la pérdida de la vista de un ojo, la enajenación mental incurable.

Para determinar fehacientemente que el grado de la invalidez es total y su naturaleza es permanente, el Asegurado deberá contar con información médica que sustente la condición de su invalidez, emitida conforme a la "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por el Decreto Ley N° 25897 y sus normas modificatorias o complementarias.

En caso La Compañía necesitare mayor evidencia respecto a la condición del Asegurado, éste deberá someterse a una evaluación médica efectuada por especialistas médicos designados por La Compañía, la cual será realizada conforme a las normas antes mencionadas y a cargo de la misma, así como dentro del plazo legal mencionado en el siguiente párrafo.

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 que tiene para consentir el siniestro; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

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 Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente respecto de las modificaciones efectuadas al Contratante y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados. La aprobación del Contratante deberá ser 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.

INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMAS: Por tratarse de un seguro grupal el pago de la prima estará a cargo del Contratante, quien recargará dicho pago en el Asegurado, y deberá realizarse en el plazo señalado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado del Seguro, hasta el término del período convenido. El monto de la prima, y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza y se consignan en el presente documento y podrán ser modificadas de mutuo acuerdo entre La Compañía y el Contratante, de lo que se informará previamente al Contratante conforme al Artículo N° 11 de las Condiciones Generales. La Compañía pondrá a disposición del Contratante la documentación necesaria para cumplir con informar las modificaciones al Asegurado. La Compañía podrá realizar la cobranza de una o más cuotas impagas.

El incumplimiento del pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, La Compañía deberá comunicar de manera cierta al Asegurado y al Contratante, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo con el que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encuentra suspendida. En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. Se considerará resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del día en que el Contratante recibió una comunicación escrita de La Compañía informándole sobre esta decisión. Cuando la resolución se produzca por incumplimiento en el pago de

la prima, La Compañía tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

No obstante lo anteriormente señalado, si La Compañía optase por no reclamar el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía. Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagas correspondientes al período cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente indicados por la Compañía en el Condicionado Particular y en el presente Certificado. Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante a través de la cual se comercialice el seguro tienen el mismo efecto que si se hubieran realizado a La Compañía. Sin perjuicio de lo expuesto, La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Asegurado que produzcan atrasos en el pago de la Prima.

EXCLUSIONES: El presente seguro no cubre cuando el Fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad del Asegurado ocurre a consecuencia de:

1. Suicidio, intento de suicidio, automutilación, o heridas causadas a sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que ya hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
2. Pena de muerte o muerte producida por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.
3. Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o partícipe, por uno o más beneficiarios o por quienes pudieren reclamar la suma asegurada.
4. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
5. Participación en deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, street luge. Así también la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.
6. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
7. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; o intervenir en viajes submarinos.
8. Enfermedades preexistentes o Accidentes producidos con anterioridad al inicio de la póliza y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro. Así como, anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ella, y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
9. Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente.
10. Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
11. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la Escala Modificada de Mercalli, determinado por el Instituto Geofísico del Perú o por el servicio que en el futuro lo reemplace.
12. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
13. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado inmunodeficiencia.

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. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 10.
- b. Cuando se reclame fraudulentamente el pago de la cobertura de un siniestro en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 18 del Condicionado General.
- c. 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. El presente seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración del contrato. La resolución será comunicada al Contratante y al Asegurado. Se entenderá que el contrato quedará resuelto en la fecha de su notificación.

d. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 15 del Condicionado General.

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. De corresponder la devolución de la prima no devengada al Contratante, esta devolución se realizará en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, computados desde la fecha de presentación de la solicitud de resolución. En el supuesto contemplado en el literal c), cuando La Compañía opte por resolver el contrato, ésta tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Para los demás supuestos, La Compañía devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado en el plazo máximo de treinta (30) calendario contados desde la notificación de la resolución.

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA: El Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa de su afiliación al contrato, adjuntando la siguiente documentación: a) Original de 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 simple del Documento Nacional de Identidad.

Dicho trámite podrá realizarse, en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.pe), 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 Contratante o el Asegurado tuviesen 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, considerando que la cobranza se realiza en forma adelantada. El contrato terminará a las 23:59 horas del día en que se recibe la solicitud de resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a partir de las 00:00 horas del día siguiente todos los derechos y obligaciones de la presente póliza

AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA: El siniestro deberá ser comunicado a La Compañía dentro de los siete (07) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda. En caso de siniestro, el Asegurado o sus herederos legales, según corresponda, deberán presentar al Contratante o en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía, los siguientes documentos probatorios:

Para Fallecimiento por enfermedad o accidente: a) Copia certificada de la Partida o Acta de Defunción del Asegurado, emitida por el RENIEC; b) Copia certificada del Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo. En caso de accidente presentar adicionalmente: a) Copia certificada del Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda, expedido por la Policía Nacional del Perú - PNP; b) Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público; c) Copia certificada del resultado de dosaje etílico, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público; y d) Copia certificada del resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público.

Para Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: a) Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado; b) Copia certificada del resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcoholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, cuando corresponda; c) Original o certificación de reproducción notarial del Dictamen de invalidez del COMAFP, dictamen de invalidez del COMEC, Certificado de Invalidez Total y Permanente emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación o Certificado de Discapacidad emitido por una Comisión Médica de ESSALUD o MINSA; d) Copia certificada del Atestado Policial, cuando corresponda.

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, para consentir el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, La Compañía tendrá derecho a examinar al Asegurado por los médicos que se designen para el efecto, pudiendo adoptar todas las medidas conducentes a la mejor y más completa investigación para determinar la certeza, naturaleza y gravedad de las lesiones originadas en el accidente y verificar el grado de invalidez respectivo. En caso de negativa del Asegurado a someterse a dicha evaluación, La Compañía quedará liberada de efectuar el pago de la suma asegurada solicitada. Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. En caso de la cobertura de fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este tome conocimiento de la existencia del beneficio.

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS: Podrás realizar cualquier reclamo y/o requerimiento a través de nuestros canales de atención. La respuesta se comunicará al cliente en un plazo máximo de 30 días calendario de recibido según el medio de respuesta pactado. Las comunicaciones cursadas por los asegurados o beneficiarios al Contratante, sobre aspectos relacionados al seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Compañía. El área de Atención al Cliente es la encargada de atender los reclamos.

Centro de Atención al Cliente:

Llámanos al: (01) 500-0000

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Chatea con nosotros: www.interseguro.com.pe

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Atención Presencial:

Dirección Luis Fernán Bedoya Reyes 3071, San Isidro – Lima.

Lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

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, según corresponda: En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante o Asegurado 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: Calle Amador Merino Reyna N° 307, Edificio Nacional, Piso 9, San Isidro, Lima – Perú; Telefax: 2011600).

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 Departamento de Servicios al Ciudadano 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 a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días calendarios desde la fecha de recepción de la solicitud.
- La póliza de seguro entrará en vigencia únicamente si el Contratante le otorga el crédito al Asegurado.
- El Contratante e Interseguro acuerdan que la entrega de su póliza, así como toda comunicación futura relacionada con ella será enviada al correo electrónico declarado en el Contrato de Tarjeta de Crédito de Interbank.
- La vigencia de las coberturas anteriormente detalladas, termina con la cancelación del crédito, quedando La Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido, en fecha posterior a la cancelación del mismo.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- En la presente Solicitud-Certificado se encuentra contenido el resumen de la póliza de seguro. Asimismo, 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 Contratante, 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 Contratante, 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 Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- Para mayor información puedes encontrar las Condiciones Generales del producto en: <https://www.interseguro.pe/otros-banca/interbank-desgravamen>.

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 Interseguro 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

Firma de Representante de La Compañía

Lugar y fecha

() 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.*

Nota: El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.