

N° \_\_\_\_\_

**Solicitud de Seguro Desgravamen con Devolución**  
**Código SBS N° XXXXXXX**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

**NOTA: La emisión del presente seguro queda condicionada a la aprobación del riesgo por parte de La Compañía de Seguros y al desembolso del crédito por parte de la institución financiera.**

XXXX

XXXX

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (CONTRATANTE)**

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	
Dirección		Distrito		Fecha de Nacimiento: Día   Mes   Año	
Provincia		Departamento		Números de contacto	
Correo electrónico		Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento		Números de contacto	
Correo electrónico		Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento		Números de contacto	

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	
Dirección		Distrito		Fecha de Nacimiento: Día   Mes   Año	
Provincia		Departamento		Números de contacto	
Correo electrónico		Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento		Números de contacto	
Correo electrónico		Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento		Números de contacto	

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	
Dirección		Distrito		Fecha de Nacimiento: Día   Mes   Año	
Provincia		Departamento		Números de contacto	
Correo electrónico		Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento		Números de contacto	
Correo electrónico		Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento		Números de contacto	

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	
Dirección		Distrito		Fecha de Nacimiento: Día   Mes   Año	
Provincia		Departamento		Números de contacto	
Correo electrónico		Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento		Números de contacto	
Correo electrónico		Dirección		Distrito	
Provincia		Departamento		Números de contacto	

**DATOS DEL CREDITO**

Monto del crédito	N° de crédito	Plazo	Tasa de prima mensual % (según lo establecido en el cronograma de pagos)
-------------------	---------------	-------	---

**BENEFICIARIOS DEL SEGURO**

La Entidad Financiera hasta el monto de la deuda del crédito al momento del siniestro.  
 Para el plan Plus, los beneficiarios serán, adicionalmente, los herederos legales.

Coberturas	Suma Asegurada	Edades	Plan	Suma Asegurada Máxima	Tasa de prima mensual (*)
Fallecimiento	XXX	-Edad mínima de ingreso: xx años.	XXXX	XXXX: XXXXX	XXXX: XXXX
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad		-Edad máxima de ingreso: Hasta antes de cumplir xx años.			

Sobrevivencia	XXXX	-Edad máxima de permanencia: Hasta antes de cumplir xx años. XXXX	XXX	XXXX	XXXXX
---------------	------	---	-----	------	-------

(\*) 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.

**Nota:** Los cargos de comercialización se establecerán de acuerdo a lo pactado entre La Compañía y el Comercializador del seguro en las Condiciones Particulares, las mismas que serán entregadas al aprobarse su solicitud de seguro, dentro del plazo legal.

## ACUERDOS ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL CONTRATANTE Y/O EL ASEGURADO

### Evaluación de Riesgo y Plazo de comunicación de rechazo

Considerando que el seguro solicitado tiene como finalidad única cubrir los riesgos de fallecimiento e invalidez del (los) asegurado(s) en relación al crédito desembolsado por la Entidad Financiera, para la respectiva evaluación la Compañía deberá contar con lo siguiente:

- La presente solicitud debidamente llenada y firmada incluyendo la Declaración Personal de Salud (DPS) del (los) Asegurado(s).
- La documentación médica adicional y/o resultados de exámenes médicos solicitados por La Compañía; y
- La aprobación del monto del crédito por parte de la entidad financiera a favor del (los) Asegurado(s).

Una vez completados los requisitos mencionados, La Compañía dispondrá del plazo de quince (15) días calendario para comunicar al Contratante si la solicitud ha sido rechazada, caso contrario se procederá a dar por aprobada la solicitud.

En caso La Compañía requiera información adicional para la evaluación del riesgo, previo al vencimiento del plazo indicado, la misma será solicitada al (los) Asegurado(s) mediante el Mecanismo de Comunicación pactado en la presente solicitud. El plazo indicado quedará suspendido hasta la presentación de la información solicitada. **IMPORTANTE:** La aceptación de la solicitud supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante y/o Asegurado(s), en tanto éstos hayan proporcionado información veraz. Por lo tanto, la presente solicitud, los exámenes médicos, así como la información adicional proporcionada por el Contratante y/o Asegurado formarán parte integrante de la póliza de seguros.

### **IMPORTANTE**

- La póliza de seguro será entregada dentro del plazo **15 días** siguientes a su emisión, la cual está condicionada a la aprobación del riesgo por parte de La Compañía y al desembolso del crédito por parte de la institución financiera.
- El Contratante 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 la Entidad Financiera le otorga el crédito al Contratante.
- 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 Contratante se encuentra obligado a informar a La Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- 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. Las condiciones y límites de permanencia del seguro se encuentran establecidas en las Condiciones Particulares.
- 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 la presente Solicitud.

## 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 3-2013-JUS, a través de este documento Interseguro Compañía de Seguros S.A. ("Interseguro"), con domicilio en XXXXX, informa sobre los alcances del tratamiento<sup>1</sup> 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 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 nacional<sup>2</sup> e internacional<sup>3</sup> 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 – Intercorp<sup>4</sup>, 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](mailto:servicios@interseguro.com.pe) o en la Av. Paseo de la República 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.

### DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (Aplica sólo para hipotecario)

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> XXXX

<sup>3</sup> XXXX

<sup>4</sup> XXX

<b>Cada pregunta debe ser contestada obligatoriamente con un SÍ o NO, marque con "X"</b>	<b>Titular</b>	<b>Mancomunado</b>
1. Indique: ¿Cuál es su estatura? ¿Cuál es su peso	..... cm ..... kg	..... cm ..... kg
2. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del sistema nervioso, digestivo, cardiovascular, respiratorio, COVID, del aparato génito-urinario, endocrino o metabólico, neuropsíquica, de huesos y de articulaciones o cualquier otra enfermedad que no haya sido nombrada anteriormente?	<b>SI NO</b>	<b>SI NO</b>
3. ¿Ha seguido, sigue o va a seguir un tratamiento médico durante más de 3 semanas?	<b>SI NO</b>	<b>SI NO</b>
4. ¿Se ha sometido o va someterse a alguna intervención quirúrgica?	<b>SI NO</b>	<b>SI NO</b>
5. ¿Se encuentra actualmente con descanso médico?	<b>SI NO</b>	<b>SI NO</b>
6. ¿Recibe o está en trámite para recibir pensión de invalidez?	<b>SI NO</b>	<b>SI NO</b>
7. ¿Practica deportes? Si es afirmativo, indique _____	<b>SI NO</b>	<b>SI NO</b>
8. ¿Ha sido sometido a pruebas de control o despistaje de enfermedades crónicas tales como hepatitis viral (B, C), tuberculosis, SIDA, VIH, o alguna otra enfermedad o condición infecto contagiosa, cuyo resultado es positivo? Indique fechas _____	<b>SI NO</b>	<b>SI NO</b>
9. ¿Ha tenido propuestas de seguro rechazadas, aplazadas, restringidas o con sobreprima en un contrato de seguros de vida anterior? ¿Actualmente tiene algún seguro de vida (o desgravamen por crédito) o tiene alguna solicitud en curso?	<b>SI NO</b> <b>SÍ NO</b>	<b>SI NO</b> <b>SÍ NO</b>

En caso haya tenido Covid, detallar:

Grado de la enfermedad ¿Necesito oxígeno?	¿Desde cuándo?	Condición Actual	Nombre del médico y/o clínica u hospital donde fue atendido en caso corresponda

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. En señal de conformidad a los acuerdos anteriormente mencionados, suscribo la presente a los ..... de ..... del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular (Contratante)

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Mancomunado <sup>5i</sup>

<sup>5i</sup> En caso aplique