

N° _____

Solicitud de Seguro Desgravamen Individual

Código SBS N° V12027400137

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.

- HIPOTECARIO SOLES
 HIPOTECARIO DÓLARES
 VEHICULAR SOLES
 VEHICULAR DOLARES
 PRÉSTAMO PERSONAL (Efectivo) SOLES
 PRÉSTAMO PERSONAL (Efectivo) DOLARES

TIPO DE PLANPlan BÁSICO Plan PLUS **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		Provincia	
Departamento		Números de contacto		Correo electrónico	
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año					

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

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 la Entidad Financiera para las coberturas principales y, adicionalmente, los herederos legales en el caso de la cláusula adicional de fallecimiento accidental.

Coberturas	Suma Asegurada	Edades	Plan	Suma Asegurada Máxima	Tasa de prima mensual (**)
Fallecimiento	Saldo insoluto al	Edad mínima de ingreso: xx años.	BÁSICO	Hipotecario (*): US\$xxxxxx ó equivalente en moneda nacional.	Hipotecario: Individual: xxxx Mancomunado: xxxx.

	momento del siniestro	- Edad máxima de ingreso: Hasta antes de cumplir xx años. - Edad máxima de permanencia: Hasta culminar el mes que cumple xx años.		Vehicular (*): US\$ xxxxx ó equivalente en moneda nacional. Préstamo Personal: US\$ xxxxxx ó equivalente en moneda nacional	Vehicular: <i>Individual:</i> xxxx <i>Mancomunado:</i> xxxx. Préstamo Personal: <i>Individual:</i> xxxx. <i>Mancomunado:</i> xxxx
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad			PLUS	Hipotecario (*): US\$xxxxxx ó equivalente en moneda nacional. Vehicular (*): US\$ xxxxx ó equivalente en moneda nacional. Préstamo Personal: US\$ xxxxxx ó equivalente en moneda nacional	Hipotecario: <i>Individual:</i> xxxx <i>Mancomunado:</i> xxxx. Vehicular: <i>Individual:</i> xxxx <i>Mancomunado:</i> xxxx. Préstamo Personal: <i>Individual:</i> xxxx. <i>Mancomunado:</i> 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\$ xxxx o equivalente en moneda nacional. Para crédito Mi Vivienda o Techo Propio, el saldo insoluto será de US\$ xxxx 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.

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.

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.

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

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.

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.

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 - 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		Asegurado Mancomunado	
Sí acepto	No acepto	Sí acepto	No acepto

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.

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (Aplica sólo para hipotecario y vehicular)

Cada pregunta debe ser contestada obligatoriamente con un SÍ o NO, marque con "X"	Titular	Mancomunado
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, del aparato génito-urinario, endocrino o metabólico, neuropsíquica, de huesos y de articulaciones o cualquier otra enfermedad que no haya sido nombrada anteriormente?	SI NO	SI NO
3. ¿Ha seguido, sigue o va a seguir un tratamiento médico durante más de 3 semanas?	SI NO	SI NO
4. ¿Se ha sometido o va someterse a alguna intervención quirúrgica?	SI NO	SI NO
5. ¿Se encuentra actualmente con descanso médico?	SI NO	SI NO
6. ¿Recibe o está en trámite para recibir pensión de invalidez?	SI NO	SI NO
7. ¿Practica deportes? Si es afirmativo, indique _____	SI NO	SI NO
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 _____	SI NO	SI NO
9. ¿Ha tenido propuestas de seguro rechazadas, aplazadas, restringidas o con sobreprima en un contrato de seguros de vida anterior?	SI NO SÍ NO	SI NO SÍ NO

² xxx

³ xxx

⁴ xxx

¿Actualmente tiene algún seguro de vida (o desgravamen por crédito) o tiene alguna solicitud en curso?		
--	--	--

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 Coasegurado (Asegurado Mancomunado) ⁱ

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.
- La póliza y demás comunicaciones asociadas al contrato de seguro serán enviadas al correo electrónico declarado por el Asegurado.
- 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.

o _____

ⁱ En caso aplique

Solicitud de Seguro Desgravamen Individual
Código SBS N° VI2027400137
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

xxxx xxxx xxxx

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (CONTRATANTE)

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Primer nombre:		Segundo nombre:	Sexo:
Tipo Doc. Identidad:	N° Doc. Identidad:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		Distrito:	
Provincia:	Departamento:	Teléfono Fijo:	
Celular:	Correo electrónico:		

DATOS DEL CRÉDITO

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"/> Consumo <input type="checkbox"/> Otro:				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 la Entidad Financiera para las coberturas principales y, adicionalmente, los herederos legales en el caso de la cláusula adicional de fallecimiento accidental.

RIESGOS CUBIERTOS Y CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Coberturas	Suma Asegurada	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Fallecimiento	Saldo insoluto al momento del siniestro o el monto indicado en las Condiciones Particulares	xx años	Hasta antes de cumplir xx años	Hasta culminar el mes que cumple xx años
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Saldo insoluto al momento del siniestro o el monto indicado en las Condiciones Particulares	xx años	Hasta antes de cumplir xx años	Hasta culminar el mes que cumple xx años
Cláusula(s) Adicional(es)				
XXXXX				

DETALLE DE TASA DE PRIMA Y SUMAS ASEGURADAS MÁXIMAS

Tipo de Crédito	Suma Asegurada Máxima	Tasa de prima mensual (%)
XXXX	XXXX	XXX
XXXX	XXXX	XXX
XXXX	XXXX	XXX

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.
- La póliza y demás comunicaciones asociadas al contrato de seguro serán enviadas al correo electrónico declarado por el Asegurado.
- 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 a la Entidad Financiera, 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 Contratante a la Entidad Financiera, 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.

INFORMACIÓN DE INTERÉS

¿Qué riesgos cubre?

El presente contrato de seguro tiene por objeto pagar el saldo de la deuda contraída por el Asegurado con una Entidad Financiera, al momento del fallecimiento o invalidez total y permanente por accidente o enfermedad. Se considerará Fallecimiento cubierto bajo esta Póliza, a toda muerte natural o accidental que no esté expresamente excluida en el Artículo N° 6 de las Condiciones Generales. El detalle de la cobertura de Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad y su determinación se encuentran en los Artículos N° 2 y N° 3 de las Condiciones Generales.

¿Cuáles son las exclusiones?

- a) **Suicidio, intento de suicidio, automutilación, o heridas causadas a sí mismo o por terceros con su consentimiento, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente, salvo que ya hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.**
- b) **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.**
- c) **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 o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.**

Para mayor información sobre las exclusiones, estas se encuentran detalladas en el Artículo N° 6 del Condicionado General. Este seguro no es cubierto por La Compañía si fuese causado por alguna de dichas circunstancias.

¿Cuál es el lugar y forma de pago de la prima?

- El pago de prima estará a cargo del Contratante y se realizará a través de la Entidad Financiera hasta el término del periodo convenido consignado en las Condiciones Particulares.
- La prima se encuentra detallada en el cronograma de pagos emitido por la Entidad Financiera.

¿Cuál es el procedimiento en caso La Compañía decida modificar los términos contractuales?

Durante la vigencia del contrato La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios, de acuerdo al procedimiento y plazo contenido en el Artículo N° 5 de las Condiciones Generales, para que puedan analizarlos y tomar una decisión al respecto. La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente respecto de las modificaciones efectuadas al Contratante. 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.

¿Cuáles son las causales de resolución del contrato?

El Contratante podrá solicitar a La Compañía la resolución sin expresión de causa del presente contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión por escrito de acuerdo al procedimiento establecido en el Artículo N° 14 de las Condiciones Generales. Asimismo, las causales de nulidad y resolución del Contrato de Seguro se encuentran establecidas en los Artículos N° 12 y N° 13, respectivamente, de las Condiciones Generales.

¿Cuál es el procedimiento y plazo para dar aviso del siniestro y 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 en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía, los documentos probatorios detallados en el Artículo N° 15 de las Condiciones Generales.

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.

¿Cuál es el procedimiento y plazo para efectuar reclamos?

Los requerimientos y/o reclamos serán recibidos, en cualquier momento acercándote a nuestra Central de Atención al Cliente, llamando a nuestra Central Telefónica o ingresando a nuestra página web www.interseguro.com.pe. La respuesta de los mismos será comunicada al cliente por medio escrito, en un periodo no mayor de treinta (30) días desde la recepción de la solicitud.

¿Cuáles son los mecanismos de solución de controversias e instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias?

a) Mecanismo de solución de controversias

- **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.

b) Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias

En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario podrá acudir a las siguientes instancias:

- 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 307 Piso 9, San Isidro, Lima – Perú; Telefax: 421-0614).
- 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).
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840.

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 tratamiento⁵ de los datos personales que nos facilita con ocasión a la contratación de su seguro.

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.

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 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"/>

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 los acuerdos anteriormente mencionados, suscribo la presente a losdedel 20.....

Firma del Asegurado Titular (Contratante)

Lugar y fecha

⁶ XXXX

⁷ XXXX

⁸ XXX

N° _____

Solicitud de Seguro Desgravamen Individual Tarjeta de Crédito
Código SBS N° VI2027400137
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (CONTRATANTE)

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Primer nombre:		Segundo nombre:	
Sexo:			
Tipo Doc. Identidad:	N° Doc. Identidad:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección:	Distrito:	Provincia:	
Departamento:	Teléfono Fijo:	Celular:	
Correo electrónico:			

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

xxxxx hasta el monto de la deuda del crédito al momento del siniestro.

MONTO DE PRIMA COMERCIAL – DETALLE DE PLANES

Tipo de Tarjeta de Crédito	Monto de Prima Comercial	Tipo de Tarjeta de Crédito	Monto de Prima Comercial
Visa Cashback Oro	xx	Visa Cashback Signature	xx
Visa Cashback Platinum	xx	Visa Signature	xx
Visa Clásica	xx	Amex LifeMiles Gold	xx
Visa Oro	xx	Amex LifeMiles Platinum	xx
Visa Platinum	xx	Amex LifeMiles Elite	xx
MasterCard Clásica	xx	Claro Visa Clásica	xx
MasterCard Oro	xx	Claro Visa Oro	xx
MasterCard Platinum	xx	Claro Visa Platinum	xx
American Express Clásica	xx	Vea Visa Clásica	xx
American Express Gold	xx	Vea Visa Oro	xx
Amex The Platinum Card	xx	MegaPlaza Visa	xx
Tarjeta Interbank Premia	xx	American Express Platinum	xx
American Express Black	xx	American Express Blue	xx

RIESGOS CUBIERTOS Y CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Coberturas	Suma Asegurada	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia	Suma Asegurada Máxima
Fallecimiento	Saldo insoluto al momento del siniestro o lo indicado en las Condiciones Particulares	xx años	Hasta antes de cumplir xx años	Hasta culminar el mes que cumple xx años	US\$ xxxx (*)
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Saldo insoluto al momento del siniestro o lo indicado en las	xx años	Hasta antes de cumplir xx años	Hasta culminar el mes que cumple xx años	

	Condiciones Particulares			
Cláusula(s) Adicional(es)				
xxxxxxx				

(*) 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\$ xxx, o su equivalente en moneda nacional.

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.
- La póliza y demás comunicaciones asociadas al contrato de seguro serán enviadas al correo electrónico declarado por el Asegurado.
- 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 a la Entidad Financiera, 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 Contratante a la Entidad Financiera, 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.

INFORMACIÓN DE INTERÉS

¿Qué riesgos cubre?

El presente contrato de seguro tiene por objeto pagar el saldo de la deuda contraída por el Asegurado con una Entidad Financiera, al momento del fallecimiento o invalidez total y permanente por accidente o enfermedad. Se considerará Fallecimiento cubierto bajo esta Póliza, a toda muerte natural o accidental que no esté expresamente excluida en el Artículo N° 6 de las Condiciones Generales. El detalle de la cobertura de Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad y su determinación se encuentran en los Artículos N° 2 y N° 3 de las Condiciones Generales.

¿Cuáles son las exclusiones?

- Suicidio, intento de suicidio, automutilación, o heridas causadas a sí mismo o por terceros con su consentimiento, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente, salvo que ya hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.**
- 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.**
- 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 o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.**

Para mayor información sobre las exclusiones, estas se encuentran detalladas en el Artículo N° 6 del Condicionado General. Este seguro no es cubierto por La Compañía si fuese causado por alguna de dichas circunstancias.

¿Cuál es el lugar y forma de pago de la prima?

- El pago de prima estará a cargo del Contratante y se realizará a través de la Entidad Financiera hasta el término del periodo convenido consignado en las Condiciones Particulares.
- La prima se encuentra detallada en el Estado de Cuenta emitido por la Entidad Financiera.

¿Cuál es el procedimiento en caso La Compañía decida modificar los términos contractuales?

Durante la vigencia del contrato La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios, de acuerdo al procedimiento y plazo contenido en el Artículo N° 5 de las Condiciones Generales, para que puedan analizarlos y tomar una decisión al respecto. La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente respecto de las modificaciones efectuadas al Contratante. 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.

¿Cuáles son las causales de resolución del contrato?

El Contratante podrá solicitar a La Compañía la resolución sin expresión de causa del presente contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión por escrito de acuerdo al procedimiento establecido en el Artículo N° 14 de las Condiciones Generales. Asimismo, las causales de nulidad y resolución del Contrato de Seguro se encuentran establecidas en los Artículos N° 12 y N° 13, respectivamente, de las Condiciones Generales.

¿Cuál es el procedimiento y plazo para dar aviso del siniestro y 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 en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía, los documentos probatorios detallados en el Artículo N° 15 de las Condiciones Generales.

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.

¿Cuál es el procedimiento y plazo para efectuar reclamos?

Los requerimientos y/o reclamos serán recibidos, en cualquier momento acercándote a nuestra Central de Atención al Cliente, llamando a nuestra Central Telefónica o ingresando a nuestra página web www.interseguro.com.pe. La respuesta de los mismos será comunicada al cliente por medio escrito, en un periodo no mayor de treinta (30) días desde la recepción de la solicitud.

¿Cuáles son los mecanismos de solución de controversias e instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias?

a) Mecanismo de solución de controversias

- **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.

b) Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias

En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario podrá acudir a las siguientes instancias:

- 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 307 Piso 9, San Isidro, Lima – Perú; Telefax: 421-0614).
- 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).

- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840.

POLITICA 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 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.

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 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 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 - 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		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.

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.

¹⁰ XXXX

¹¹ XXXX

¹² XXX

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 los acuerdos anteriormente mencionados, suscribo la presente a losdedel 20.....

Firma Contratante

Lugar y fecha

N° _____

Solicitud de Seguro Desgravamen Individual Tarjeta Oh
Código SBS N° V12027400137
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (CONTRATANTE)

Apellido Paterno: _____		Apellido Materno: _____		
Primer nombre: _____		Segundo nombre: _____		Sexo: _____
Tipo Doc. Identidad: _____	N° Doc. Identidad: _____	Fecha de Nacimiento: _____		
Dirección: _____		Distrito: _____	Provincia: _____	
Departamento: _____		Teléfono Fijo: _____	Celular: _____	
Correo electrónico: _____				

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

xxxxx hasta el monto de la deuda del crédito al momento del siniestro.

MONTO DE PRIMA COMERCIAL – DETALLE DE PLANES

Tipo de Tarjeta de Crédito	Monto de Prima Comercial	Frecuencia
Desgravamen Tarjeta Oh!	Prima: S/. xx.x	mensual
		mensual
Desgravamen Tarjeta Oh! International	Prima: S/. xx.x	mensual
		mensual

DETALLE DE PLANES

Plan		Monto de Prima Comercial	Frecuencia de pago
PLAN x	DESGRAVAMEN INDIVIDUAL TARJETA OH	<input type="checkbox"/> xxx	xxxx
PLAN x	DESGRAVAMEN INDIVIDUAL TARJETA OH INTERNATIONAL	<input type="checkbox"/> xxx	xxx

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edad Mínima de ingreso	Edad Máxima de ingreso	Edad Máxima de permanencia
xx años	XX	XX

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA - PLAN x Desgravamen Individual Tarjeta oh	SUMA ASEGURADA - PLAN x Desgravamen Individual Tarjeta oh International
Fallecimiento	Saldo insoluto de la deuda o el monto indicado en las Condiciones Particulares, hasta xxx	Saldo insoluto de la deuda o el monto indicado en las Condiciones Particulares, hasta xxx
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Saldo insoluto de la deuda o el monto indicado en las Condiciones Particulares, hasta xxx	Saldo insoluto de la deuda o el monto indicado en las Condiciones Particulares, hasta xxx
Cláusula(s) Adicional(es)		

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 tratamiento¹³ 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 nacional¹⁴ e internacional¹⁵ 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 - Intercorp¹⁶, 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"/>

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.

¹³ 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.

¹⁴ XXXX

¹⁵ XXXX

¹⁶ XXX

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 los acuerdos anteriormente mencionados, suscribo la presente a losdedel 20.....

Firma Contratante

Lugar y fecha

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.
- La póliza y demás comunicaciones asociadas al contrato de seguro serán enviadas al correo electrónico declarado por el Asegurado.
- 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 banca seguros 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.

N° _____

Solicitud de Seguro Desgravamen Individual Línea Paralela
Código SBS N° V12027400137
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (CONTRATANTE)

Apellido Paterno:		Apellido Materno:		
Primer nombre:		Segundo nombre:		Sexo:
Tipo Doc. Identidad:	N° Doc. Identidad:	Fecha de Nacimiento:		
Dirección:	Distrito:	Provincia:		
Departamento:	Teléfono Fijo:	Celular:		
Correo electrónico:				
<ul style="list-style-type: none"> La póliza y demás comunicaciones asociadas al contrato de seguro serán enviadas al correo electrónico declarado por el Asegurado. 				

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

xxxxx hasta el monto de la deuda del crédito al momento del siniestro.

DETALLE DE PLANES

Plan		Monto de Prima Comercial	Frecuencia de pago
XXX	DESGRAVAMEN INDIVIDUAL LINEA PARALELA	xx% por el saldo insoluto de la deuda	xxxxxxx

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edad Mínima de ingreso	Edad Máxima de ingreso	Edad Máxima de permanencia
xx años	Hasta antes de cumplir xx años	Hasta culminar el mes que cumple xx años

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA - PLAN x Desgravamen Línea Paralela
Fallecimiento	Saldo insoluto de la deuda o el monto indicado en las Condiciones Particulares, hasta xxx
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	
Cláusula(s) Adicional(es)	
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	

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 tratamiento¹⁷ de los datos personales que nos facilita con ocasión a la contratación de su seguro.

¹⁷ 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 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 nacional¹⁸ e internacional¹⁹ 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 - Intercorp²⁰, 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 los acuerdos anteriormente mencionados, suscribo la presente a losdedel 20.....

Firma Contratante

Lugar y fecha

¹⁸ XXXX

¹⁹ XXXX

²⁰ XXX

N° Propuesta _____

Solicitud de Seguro Desgravamen Individual

Código SBS N° XXXXXXXXXXXXX

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.

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (CONTRATANTE)

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Primer nombre:

Segundo nombre:

Tipo Doc. Identidad:

N° Doc. Identidad:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

DNI CE Otro:

M F

Día Mes Año

Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):

N° / Mz / Lt:

Dpto / Of. / Int.:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono Fijo:

Celular:

Correo electrónico:

DATOS LABORALES DEL ASEGURADO TITULAR (CONTRATANTE)

Centro de Trabajo:

Actividad Económica:

Profesión:

Ingreso Neto Mensual:

Monto:

Detalle de Ocupación:

Cargo que desempeña:

US\$ S/.

Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):

N° / Mz / Lt:

Dpto / Of. / Int.:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono Fijo:

Celular:

Envío de correspondencia: Casa Trabajo Correo electrónico

DATOS DEL COASEGURADO (ASEGURADO MANCOMUNADO, en caso aplique)

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Primer nombre:

Segundo nombre:

Tipo Doc. Identidad:

N° Doc. Identidad:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

DNI CE Otro:

M F

Día Mes Año

Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):

N° / Mz / Lt:

Dpto / Of. / Int.:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono Fijo:

Celular:

Correo electrónico:

DATOS LABORALES DEL COASEGURADO (ASEGURADO MANCOMUNADO)

Centro de Trabajo:

Actividad Económica:

Profesión:

Ingreso Neto Mensual: US\$ <input type="checkbox"/> S/. <input type="checkbox"/>	Monto:	Detalle de Ocupación:	Cargo que desempeña:
Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):	N° / Mz / Lt:	Dpto / Of. / Int.:	Distrito:
Provincia:	Departamento:	Teléfono Fijo:	Celular:
Envío de correspondencia: Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/>			

DATOS DEL CRÉDITO

Monto del crédito solicitado:	Moneda del crédito: <input type="checkbox"/> Soles (S/.) <input type="checkbox"/> Dólares americanos (US\$)
Plazo del crédito:	Nro. Solicitud de Crédito:
Tipo de crédito: <input type="checkbox"/> XXXX <input type="checkbox"/> XXXX <input type="checkbox"/> XXXX <input type="checkbox"/> XXXXXX <input type="checkbox"/> XXXX <input type="checkbox"/> XXXXX <input type="checkbox"/> XXXX <input type="checkbox"/> XXXXX <input type="checkbox"/> XXXX	

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 la Entidad Financiera para las coberturas principales y, adicionalmente, los herederos legales en el caso de la cláusula adicional de fallecimiento accidental.

DETALLE DE PLANES

Plan		Tasa de Prima	Frecuencia de pago
PLAN X	XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> XX.XX%	XXXXXXXX

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD (*)

Edad Mínima de ingreso	Edad Máxima de ingreso	Edad Máxima de permanencia
XX años	Hasta antes de cumplir XX años	Hasta culminar el mes que cumple XX años

(*) 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.

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA PLAN X
Fallecimiento	XXXX
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	XXXX
Cobertura(s) Adicional(es) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXX

Nota: El monto de la suma asegurada, en el caso del Plan X será incluido en las Condiciones Particulares una vez aprobado el crédito.

- La póliza y demás comunicaciones asociadas al contrato de seguro serán enviadas al correo electrónico declarado por el Asegurado.

Firma del Asegurado Titular (Contratante)

Firma del Coasegurado (Asegurado Mancomunado) (**)

Lugar y Fecha

(**) En caso aplique.

N° Solicitud de Crédito: _____

Declaración Personal De Salud Desgravamen Individual

	Titular	Mancomunado
1. ¿Padece de alguna enfermedad o dolencia actualmente? Indique. _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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. _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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. _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿Le han detectado algún tumor, se ha sometido o le han recomendado someterse a alguna prueba para descartar cáncer?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿Se ha sometido algún tratamiento, tomando algún medicamento o se encuentra en proceso de estudio del diagnóstico de alguna enfermedad? Indique: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6. ¿Ha padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración de salud?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7. ¿Sus padres han padecido o padecen de diabetes, enfermedades mentales, enfermedades cardiovasculares o tumorales? Indique. _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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. _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9. ¿Ha padecido de alguna incapacidad física, enfermedad, afección o dolencia no mencionada anteriormente que requirió tratamiento médico o intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
10. ¿Tiene diagnóstico de SIDA o de ser portador del VIH?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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

Firma del Asegurado Titular (Contratante)

Firma del Coasegurado (Asegurado Mancomunado) (*)

Lugar y Fecha

(*) En caso aplique

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:

- 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
- 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 con la entrega de la póliza al cliente. En caso La Compañía requiriese 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.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Ley de Protección de Datos Personales (Ley N° 29733 – Dec. Supremo N° 003-2013-JUS) ***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 en Av. Javier Prado Este N° 492, Of. 2601, Urb. Jardín, San Isidro, Lima, Perú, informa sobre los alcances del tratamiento²¹ 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 nacional²² e internacional²³ los Datos Personales a terceros que realizarán actividades relacionadas a la ejecución de la relación contractual por encargo de Interseguro.

²¹ 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.

²² XXXX

²³ XXXX

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 - Intercorp24, 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"/>

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

Firma del Contratante

Firma del Asegurado Mancomunado (*)

Lugar y Fecha

(*) En caso aplique.