

Solicitud - Certificado de Protección de Créditos Personales

Código SBS N° RG2025700136

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

PROTECCIÓN DE CRÉDITOS PERSONALES S/. (xxxxxxx) US\$ (xxxxxxx)
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

Denominación o Razón Social:

RUC:

Dirección:

Provincia:

Departamento:

Teléfono:

DATOS DEL ASEGURADO

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:

Ocupación:

Relación del Asegurado con el Contratante: Cliente que solicita un crédito personal al Contratante

Trabajador:

 Dependiente (contrato de trabajo indefinido verbal o escrito a tiempo completo, y registrado en la planilla del empleador.)

 Independiente (trabajador independiente que ejerza una actividad lucrativa)

BENEFICIARIO

Para las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Física Total y Temporal el Beneficiario será la Entidad Financiera; y para la cobertura de Enfermedades Graves o Invalidez Total y Permanente por Accidente el Beneficiario será el Asegurado.

MONTO DE PRIMA COMERCIAL Y SUMAS ASEGURADAS

PRIMA COMERCIAL		Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8
Moneda		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Nuevos Soles		S/ xx	S/ xx	S/ xx	S/ xx	S/ xx	S/ xx	S/ xx	S/ xx
Nuevos soles (Con IGV)		S/ xx	S/ xx	S/ xx	S/ xx	S/ xx	S/ xx	S/ xx	S/ xx
Dólares Americanos		US\$ xx	US\$ xx	US\$ xx	US\$ xx	US\$ xx	US\$ xx	US\$ xx	US\$ xx
Dólares Americanos (Con IGV)		US\$ xx	US\$ xx	US\$ xx	US\$ xx	US\$ xx	US\$ xx	US\$ xx	US\$ xx
COBERTURAS									
Desempleo involuntario o Incapacidad física total y temporal	X cuotas hasta de:	S/ XXX	S/ XXX	S/ XXX	S/ XXX	S/ XXX	S/ XXX	S/ XXX	S/ XXX
		US\$ XXX	US\$ XXX	US\$ XXX	US\$ XXX	US\$ XXX	US\$ XXX	US\$ XXX	US\$ XXX
Enfermedades graves	Máximo de:	S/ XXX	S/ XXX	S/ XXX	S/ XXX	S/ XXX	S/ XXX	S/ XXX	S/ XXX
		US\$ XXX	US\$ XXX	US\$ XXX	US\$ XXX	US\$ XXX	US\$ XXX	US\$ XXX	US\$ XXX
Invalidez Total y Permanente por accidente		Saldo deudor a la fecha de siniestro, hasta S/ XXXX							
		Saldo deudor a la fecha de siniestro, hasta \$ XXXX							
% 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	

El cálculo del monto que reciban los comercializadores de seguros se realizará sobre la prima neta. Para obtener mayor información de su póliza, el Asegurado puede solicitarle las Condiciones Generales y Condiciones Particulares a La Compañía o a través de la página web www.interseguro.com.pe o a través del Portal del Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Registro de Vendedor

N° Tienda / N° Supervisión

DATOS DE LA PÓLIZA

Tipo de Riesgo: Multiseguro	Moneda: Según la pactada por el Asegurado en la presente Solicitud-Certificado
Fecha de inicio de vigencia:	Desde las 00:00 horas del día siguiente a la fecha de la firma de la solicitud - certificado del seguro por parte del Asegurado.
Fecha de término de vigencia:	XX/XX/XXXX o hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución, lo que ocurra primero. La vigencia de las coberturas termina con la terminación anticipada del crédito, quedando la Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido
Plazo de vigencia:	Anual, con renovación automática hasta culminar el mes que cumple los 70 años de edad.
Lugar y forma de pago:	Prima única con el desembolso del crédito.

CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O COASEGURO: Las coberturas de Desempleo Involuntario, de Incapacidad Física Total y Temporal tendrán un Deducible correspondiente a la primera cuota del crédito a partir de la ocurrencia del desempleo involuntario o de la incapacidad física total y temporal.

PERIODO DE CARENANCIA: Las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Física Total y Temporal tendrán un periodo de 60 días. La cobertura de Enfermedades Graves tendrá un periodo de carencia de 90 días. Ningún siniestro será reconocido si ocurriera durante el Periodo de Carencia. Las enfermedades diagnosticadas durante el Periodo de Carencia, no gozarán de cobertura. Dicho periodo de Carencia no aplica para las coberturas de Incapacidad Física Total y Temporal a causa de un accidente y para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente

ANTIGÜEDAD LABORAL: Período mínimo de seis (6) meses ininterrumpidos en el que el Asegurado debe haber permanecido empleado para tener derecho a la cobertura del presente seguro. Se considerará continuidad laboral los casos en que la interrupción entre uno y otro empleo no sea mayor a treinta (30) días calendario. (Aplica solo para desempleo involuntario – Trabajador Dependiente).

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: Proteger al Asegurado contra pérdidas económicas a causa de: Desempleo Involuntario, Incapacidad Física Total y Temporal, Enfermedades Graves e Invalidez Total y Permanente por Accidente.

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO: A fin de gozar las coberturas establecidas en la Póliza, el Asegurado debe cumplir con los siguientes requisitos: (i) Tener residencia en la República del Perú; (ii) Ejercer una actividad laboral dependiente o independiente y poder acreditarla. Siempre que la actividad principal del Asegurado no consista en cualquiera de las siguientes actividades: piloto de aviación o miembro de tripulación, deportista profesional, militar de carrera o presta el servicio militar obligatorio, pensionado, miembro de las fuerzas de seguridad, actividad minera, doble cinematográfico, corresponsal de guerra y manipulador de explosivos; (iii) Edad.- Podrán asegurarse bajo la presente modalidad de seguro, las personas que tengan las edades mínima y máxima de ingreso. Requisitos adicionales para Desempleo Involuntario: Tener un contrato de trabajo indefinido verbal o escrito a tiempo completo, y se encuentren registrados en la planilla del empleador, Requisitos adicionales para Incapacidad Física Total y Temporal, No encontrarse Incapacitado Total y Temporalmente por causa de una enfermedad o accidente al momento de la suscripción de la póliza; y ser un trabajador independiente que ejerza una actividad lucrativa.

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

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA:

1. **Desempleo Involuntario:** Esta cobertura se aplica únicamente para Trabajadores Dependientes con Contrato Indefinido. En este sentido, la presente cobertura no incluye a los trabajadores de Contrato de Trabajo a plazo fijo o por obra o labor, ni a los trabajadores contratados bajo el Régimen Contratación Administrativa de Servicios (CAS). En caso el Asegurado se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario, La Compañía pagará al Contratante, una indemnización equivalente al monto de una Cuota por cada treinta (30) días calendario consecutivos de desempleo. El número y el monto máximo de cuotas a cubrir se encuentran detallados en esta Solicitud-Certificado de Seguro, de acuerdo al Plan Elegido. **La cobertura no es aplicable si el Asegurado no acredita haber estado empleado durante al menos seis (6) meses anteriores a la ocurrencia del siniestro.** En caso el Asegurado haya pactado el pago del crédito con Cuotas dobles, al momento de otorgarse la cobertura, la Cuota doble será considerada como 2 Cuotas para efectos del número máximo de Cuotas a pagar. **Queda establecido, que la cobertura no se activa y por tanto no se concederá indemnización alguna, por periodos de desempleo menores de 30 días.**

En caso que el Trabajador Dependiente con Contrato Indefinido tenga más de 01 empleador, se considerará cubierto por esta Póliza si el Desempleo Involuntario afecta más del 50% de sus ingresos totales, lo que será verificado con el certificado de cotizaciones de la AFP. En caso que no tuviera tal documento, la verificación será llevada a cabo vía la presentación de Boletas de Pago.

Las causales de Desempleo Involuntario cubiertas por esta Póliza, según el sector o ley bajo la cual labore el Trabajador Dependiente con Contrato Indefinido, serán las que se detallan en este artículo.

1.1 Trabajadores del sector privado, regidos bajo La Ley de Productividad y Competitividad Laboral, Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 728 o la norma que le sustituya:

- Detrimiento de la facultad física o mental o la ineptitud sobrevenida, determinante para el desempeño de sus tareas. Art. N° 23 de la mencionada Ley.
- Rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en labores y bajo similares condiciones. Art. N° 23 de la mencionada ley.
- Actos de hostilidad del empleador equiparables al despido no imputable al trabajador Art. N° 30 de la mencionada Ley.
- Despido arbitrario, luego que se haya efectuado el pago de la indemnización a la que tiene derecho el trabajador.
- Despido Colectivo, sólo después de que éste se haya materializado, debidamente acreditado en cumplimiento del trámite establecido en el Art. N° 46 de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral o la norma que lo sustituya
- Mutuo disenso, siempre que se haya efectuado el pago de al menos del 50% de indemnización por los años de servicio y los montos indemnizatorios que la ley prevé en el caso de Desempleo involuntario no atribuible al trabajador.

1.2 Trabajadores del Sector Público, vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la Administración Pública bajo las leyes vigentes: Cese, por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del empleado o funcionario público ni por término natural del plazo previsto del contrato de trabajo.

1.3 Trabajadores del Sector Educativo - Personal Docente, regulados por la Ley del Profesorado N° 24029 o la norma que le sustituya: Suspensión absoluta o cese por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del docente, personal administrativo regido bajo la citada Ley.

Queda establecido y convenido que la indemnización corresponderá a lo que se estipule en las Condiciones Particulares de la Póliza de acuerdo a lo señalado en los párrafos precedentes, siempre que el Asegurado tenga derecho al pago de una indemnización por alguna de las casuales establecidas en el numeral 1.1. como consecuencia del Despido Involuntario por los años de servicios y a los montos de indemnización adicional que prevé la ley para los casos detallados.

La fecha de Desempleo Involuntario será aquella de término de la relación laboral indicada en la liquidación de los beneficios sociales, o en la constancia policial, o acta inspectiva del Ministerio de Trabajo en los casos de despidos de hecho o de facto, y en caso de los empleados públicos y docentes del sector público, será la fecha que se establezca en el decreto o resolución en la que consta su retiro, cese o baja de la institución a la cual pertenecía.

Asimismo, queda establecido que para el pago de la presente cobertura el Trabajador Dependiente con Contrato Indefinido deberá cumplir con el periodo mínimo antigüedad laboral indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Plazo entre siniestros: Para el beneficio de Desempleo Involuntario se establece un plazo entre siniestros de al menos seis (6) meses, contados a partir de la fecha del último pago correspondiente al siniestro o evento anterior.

2. Incapacidad Física Total y Temporal: Esta cobertura se aplica únicamente para Trabajadores Independientes. En caso que el Asegurado se vea afectado por una situación de incapacidad Física Total y Temporal por enfermedad o accidente, La Compañía pagará al Contratante, una indemnización equivalente al pago de una Cuota por cada treinta (30) días calendario consecutivos de Incapacidad Física Total y Temporal. **La cobertura no es aplicable si el Asegurado no acredita haber estado en ejercicio de su actividad como independiente durante al menos seis (6) meses consecutivos.** En caso el Asegurado haya pactado el pago del crédito con Cuotas dobles, al momento de otorgarse la cobertura la Cuota doble será considerada como 2 Cuotas para efectos del número máximo de Cuotas a pagar. El beneficio será otorgado siempre y cuando el Asegurado se mantenga en estado de Incapacidad Física Total y Temporal y que no se haya superado el límite de cuotas establecido en las Condiciones Particulares. Queda establecido, que la cobertura no se activa y por tanto no se concederá indemnización alguna, por periodos menores de 30 días.

Plazo entre siniestros para esta cobertura: (i) Para el caso de solicitudes de cobertura por siniestros de eventos distintos, deberá transcurrir un periodo de al menos 01 mes contado a partir de la fecha en que La Compañía hubiese cubierto el último pago correspondiente al siniestro anterior. **No se cubrirán dos o más solicitudes de cobertura derivadas del mismo siniestro,** y (ii) En los casos de empleados dependientes que hubieran gozado de la cobertura de Desempleo Involuntario, y habiendo cambiado su condición a trabajador independiente podrán solicitar esta cobertura luego de haber transcurrido un plazo no menor de 6 meses, desde la fecha del último pago correspondiente a la cobertura de Desempleo Involuntario.

3. Enfermedades Graves: El beneficio correspondiente para esta cobertura será otorgado cuando (i) el Asegurado se vea afectado por una Enfermedad Grave, para lo cual deberá mantenerse con vida y (ii) no haya superado el número de Cuotas máximas señaladas en las Condiciones Particulares. La Compañía pagará al Asegurado una indemnización equivalente al pago de una Cuota por cada treinta (30) días calendario contado desde el diagnóstico de la Enfermedad Grave, siempre y cuando el Asegurado haya sobrevivido los primeros treinta (30) días desde la fecha de dicho diagnóstico.

El número y el monto máximo de Cuotas a cubrir se encuentran detallados en las Condiciones Particulares y la presente Solicitud-Certificado, de acuerdo al Plan Elegido.

Para efecto de este Seguro son consideradas Enfermedades Graves las siguientes:

3.1 Cáncer primario: Aquel Cáncer que ha sido diagnosticado durante la vigencia de este seguro. Se entiende por Cáncer, a la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo la leucemia.

Están excluidos de esta definición:

- Los melanomas superficiales (SSM) cuyo índice de Breslow es inferior a 0,70 mm con un índice de Clark de nivel I.
- Los tumores “vaso-celulares” de la piel.
- Cualquier tumor denominado “in-situ” o no invasor (que no haya sobrepasado los límites del tejido original), salvo el cáncer de mama in-situ en su forma lobular, que está cubierto.
- Los tumores malignos asociados al VIH.
- Todos los tumores de la próstata (excepto si grado de Gleason >6 o que sea a un nivel clínico T2N0M0).
- Leucemia lymphothic crónica excepto si alcanzo el nivel A de la prueba de Bidet.
- El Cáncer de piel, a excepción del melanoma maligno.

• **Cualquier otro tipo de Cáncer sin invasión o in-situ no estará cubierto.**

El diagnóstico deberá ser realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del Asegurado y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un Cáncer. Será requisito la presentación de un Informe Histopatológico original e informe médico y copia de la historia médica del Asegurado.

3.2 **Infarto al miocardio:** Se define como la necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva por la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco, que no permite la nutrición a la zona afectada y por tanto produce la necrosis. Para confirmar esta necrosis es necesario disponer de la confirmación, por un cardiólogo especialista, de la presencia de acinesia o de discinesia a través de una ecocardiografía o de otro método de representación gráfica cardíaca reconocida; y, simultáneamente la verificación de al menos uno de los síntomas siguientes:

- Desarrollo de una onda patológica Q al menos en dos derivaciones del trazado del electrocardiograma ($Q \geq 0.04$ s o $Q > 25\%$ de la amplitud de la onda R).
- Anomalías electrocardiográficas no específicos asociados a modificaciones significativas de los marcadores bioquímicos (CPK-MB y troponina).
- Sintomatología reciente de infarto de miocardio asociado a modificaciones significativas de los marcadores bioquímicos (CPK-MB y troponina).

Están igualmente cubiertos los casos que coincidan parcialmente con la definición precedente si el Asegurado ha sido tratado bien por una trombólisis intravenosa, o bien por una angioplastia de una arteria coronaria en urgencias (los informes de hospitalización se adjuntarán a la solicitud de cobertura).

3.3 **Accidente Cerebro Vascular o Vascular Encefálico:** La enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. **Los accidentes isquémicos transitorios no están cubiertos.** Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.

3.4 **Enfermedad a las coronarias que requiera cirugía:** Se refiere a la enfermedad que requiera de cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento, estenosis o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. **Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo, técnicas con láser u otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.**

3.5 **Insuficiencia Renal Crónica:** La enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones y/o de la función renal, como consecuencia de la cual se hace necesaria regularmente la diálisis renal.

4. **Invalidez Total y Permanente Por Accidente:** La Compañía pagará al Asegurado el Saldo Deudor hasta un máximo establecido para esta cobertura en las Condiciones Particulares y en la presente Solicitud-Certificado de Seguro, si durante la vigencia de la Póliza el Asegurado sufre un accidente, que le produzca cualquiera de los estados que se detallarán líneas abajo. Cabe precisar que la cobertura comprende a la invalidez que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente: Estado absoluto e incurable de alienación mental o descerebración que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida, o Fractura incurable de la columna vertebral que determine una Invalidez Total Permanente, o La pérdida completa de visión de ambos ojos, o La pérdida completa de ambos brazos o ambas manos, o La pérdida completa de ambas piernas o ambos pies, o La pérdida completa de una mano y un pie.

Se entiende por pérdida completa la amputación o inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado. En ese sentido se deja constancia expresa que el presente seguro no cubrirá otra situación de Invalidez distinta a las arribas mencionadas, aun cuando la misma pudiera afectar al Asegurado en más de dos tercios de su capacidad de trabajo. En caso el Asegurado haya recibido el beneficio de la cobertura de Invalidez total y Permanente por Accidente, se procederá a la resolución del contrato. Las coberturas de Desempleo Involuntario y de Incapacidad Física Total y Temporal son alternativas en función de la situación laboral del Asegurado y son excluyentes entre sí.

La vigencia de estas coberturas termina con la terminación anticipada del crédito, quedando la Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido, conforme a lo indicado en las Condiciones Particulares.

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 aprobación del Contratante será de forma previa y 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. La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DE INCUMPLIMIENTO: La prima correspondiente a cada solicitud-certificado será pagada por el Contratante según la forma y modo establecido en la presente Póliza. El Contratante trasladará el pago de la prima al Asegurado. En caso de diferir la prima, 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 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 o Asegurado recibió una comunicación escrita de La Compañía informándole sobre esta decisión. La resolución será notificada al Contratante y éste informará lo sucedido a los Asegurados. Por su parte, se considerará resuelta la Solicitud-Certificado en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del día en que el Asegurado recibió una comunicación escrita de La Compañía informándole sobre esta decisión. La resolución será notificada al Asegurado y al Contratante.

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 90 días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro o la Solicitud-Certificado, de ser el caso, queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía. Sea que el contrato de seguro o la Solicitud-Certificado queden resueltos o extinguidos por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas devengadas por el mismo periodo efectivamente cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente sustentados por La Compañía en el presente documento. Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Asegurado al Comercializador tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía.

EXCLUSIONES: Estarán excluidos de la cobertura y La Compañía no estará obligada al pago de ninguna de las coberturas de la presente póliza cuando el siniestro ocurra a consecuencia de: (a) Guerra y guerra civil; (b) Riesgos de energía nuclear.

1. **Exclusiones para la cobertura de Desempleo Involuntario:** Este contrato no cubrirá indemnización alguna con respecto a cualquier periodo de desempleo involuntario que resulte de: (a) Cuando el ex-empleador del Asegurado no tenga oficina registrada en Perú o no esté afecto a las leyes tributarias; (b) El Asegurado renunció o se ha jubilado (pensionado); (c) El Asegurado ha sido despedido con causa justa de conformidad con la legislación aplicable y sin derecho al pago de una indemnización por los años de servicios y a los montos de indemnización adicional que prevén las leyes laborales, salvo lo precisado en el Art. N° 2 numeral 1.1. de las Condiciones Generales; (d) El período de Desempleo es resultado de una huelga o un paro; (e) La terminación de la relación laboral se dio de mutuo acuerdo, sin conciliación, o si la indemnización pagada al trabajador es inferior al 50% de la indemnización que le correspondería haber recibido por despido sin causa justa; (f) Despido por parte de miembros de la familia, o cuando el Asegurado es empleado por su propia empresa; (g) Suspensión del contrato de trabajo por cualquier causa o por no regresar el trabajador a su empleo al haber sido notificado de la reanudación del trabajo una vez desaparecidas las causas de la suspensión del contrato de trabajo.

2. **Exclusiones para la cobertura de Incapacidad Física Total y Temporal:** Este contrato no cubrirá indemnización alguna con respecto a cualquier periodo de Incapacidad Física Total y Temporal que resulte de: (a) Enfermedades crónicas o preexistentes al inicio del seguro; (b) Tuberculosis; (c) Heridas autoinfligidas causadas en estado de sanidad mental o en demencia, incluyendo la tentativa de suicidio; (d) El consumo de alcohol, drogas tóxicas o alucinógenas o sustancias similares; (e) Actividad delictiva realizada por el Asegurado; (f) Cualquier accidente que surja de la 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; (g) La enfermedad psiquiátrica o desórdenes mentales, incluyendo estrés o condiciones relacionadas con el estrés, diagnosticada por un psiquiatra; (h) Rechazo injustificado a buscar un diagnóstico médico, no seguir las instrucciones médicas; o someterse a tratamientos médicos sin supervisión médica exceptuando los casos que tengan relación con salvar la vida del paciente por un accidente en el cual el Asegurado haya estado involucrado; (i) La tentativa de homicidio contra el Asegurado mientras participa directa o indirectamente en una actividad ilegal; (j) Dolores de espalda y cuello no producidos a causa de un accidente sufrido por el Asegurado durante la vigencia del seguro, o condiciones relacionadas con dolores de espalda, a menos que existan evidencias médicas de una anomalía, tales como rayos x, resonancia electromagnética, tomografía, o cualquier otro examen radiológico, aportado por un médico; (k) Cualquier procedimiento quirúrgico o terapia que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del Asegurado, incluye Cirugías Electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras), Cirugía Plástica, Odontología Estética, Tratamiento de Periodoncia y Ortodoncia y Curas de Reposo del Sueño; (l) Parto, embarazo normal o interrupción voluntaria del embarazo, y sus consecuencias; (m) Lesiones del Asegurado derivadas de accidentes en calidad de pasajero de una aeronave militar o privada que no tenga licencia para llevar pasajeros; (n) Epidemias.

3. **Exclusiones para la cobertura de Enfermedades Graves:** Se excluyen las enfermedades que han sido causadas u originadas, total o parcialmente, por: (a) Intento de suicidio o autolesión, lesiones autoinferidas, ya sea en estado de cordura o demencia; (b) Adicción al alcohol, así como el consumo de drogas, estupefacientes, barbitúricos, sustancias alucinógenas y otras análogas; (c) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA; (d) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible; (e) Enfermedades preexistentes, así como el diagnóstico de enfermedades durante el periodo de carencia o no cobertura; (f) Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos; (g) Enfermedades o defectos congénitos; (h) Intoxicación o encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier

narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente; (i) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.

3.1 Respecto a la cobertura de Cáncer Primario, están excluidos: (a) Los melanomas superficiales (SSM) cuyo índice de Breslow es inferior a 0,70 mm con un índice de Clark de nivel I; (b) Los tumores “vaso-celulares” de la piel; (c) Cualquier tumor denominado “in-situ” o no invasor (que no haya sobrepasado los límites del tejido original), salvo el cáncer de mama in-situ en su forma lobular, que está cubierto; (d) Los tumores malignos asociados al VIH; (e) Los tumores de la próstata (excepto si grado de Gleason>6 o que sea a un nivel clínica T2N0M0); (f) Leucemia lymphocitocronica excepto si alcanzo el nivel A de la prueba de Bidet; (g) El cáncer de piel, a excepción del melanoma maligno; (h) Cualquier otro tipo de cáncer sin invasión o in-situ no estará cubierto.

3.2 Respecto de las enfermedades de las coronarias que requieran cirugía, están excluidos: (a) La angioplastia de globo; (b) Técnicas con láser; (c) Otras técnicas invasivas que no requieran cirugía; (d) En ningún caso La Compañía pagará una enfermedad que sea consecuencia, complicación o secuela de una enfermedad preexistente, independiente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico.

4. Exclusiones para la cobertura de Invalidez Total y Permanente Por Accidente: La Compañía no cubrirá los casos de invalidez que sean consecuencia de: (a) Cualquier enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes; (b) Accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de este seguro; (c) Duelos, tentativas de suicidios, auto lesión y auto mutilación; (d) Cirugía Plástica o Cosmética; (e) Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo. Se considera la participación del Asegurado ya sea como autor o cómplice; (f) Lesiones a consecuencia de la participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa. Una actividad es notoriamente peligrosa cuando el peligro no deriva de un acto aislado u ocasional, sino de un acto que por sí mismo resulta peligroso en cualquier momento; (g) 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; (h) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su deceso; (i) Lesiones a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario; (j) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la(s) misma(s); (k) Daños o pérdidas ocasionadas por experimentos de energía atómica o de cualquier riesgo atómico; (l) Lesiones o afecciones padecidas con motivo de la intervención del Asegurado en motines o tumultos tengan o no el carácter de guerra civil, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de carácter civil o militar; (m) Lesiones o afecciones padecidas con motivo de guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, poder militar, naval o usurpado; (n) Los llamados ‘Accidentes Médicos’. Solo serán causal de exclusión los siguientes ‘Accidentes Médicos’: apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, ataques cardiacos, trombosis, ataques epilépticos; enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo así como los casos de negligencia o impericia médica, que sufra el Asegurado.

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA: El Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa del presente contrato, adjuntando la siguiente documentación: **a)** Carta dirigida al Comercializador 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 del Documento Nacional de Identidad. Dicho trámite podrá efectuarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, en los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.pe), en el domicilio del Comercializador o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Asegurado tuviese 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.

El contrato terminará automáticamente a las 23:59 horas del día en que se recibe la solicitud de la 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.

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. Cuando se solicite la cobertura fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 18 del Condicionado General. La Solicitud-Certificado quedará resuelta en la fecha de notificación de la comunicación de la resolución.
- b. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 14 del Condicionado General.
- c. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 10 del Condicionado General.
- d. Si durante el plazo de 15 días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. La Solicitud-Certificado quedará resuelta en la fecha de notificación de la comunicación de la resolución. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.
- e. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado o que no se pronuncie sobre el mismo, cuando el Contratante y/o Asegurado incurren en reticencia y/o declaración inexacta

que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En caso el Contratante o Asegurado optase por la resolución del Contrato o Solicitud-Certificado, respectivamente, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado. La devolución de la prima se realizará en forma directa por La Compañía, en el caso del Contratante, o a través del Contratante, en el caso del Asegurado, teniendo como plazo para la devolución treinta (30) días calendario contados desde la fecha de presentación de la solicitud de resolución. En los demás casos mencionados, tanto respecto de la póliza como de la Solicitud-Certificado, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada deduciendo los gastos administrativos correspondientes, los mismos que serán debidamente sustentados en la comunicación de resolución. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del Contratante, teniendo como plazo para la devolución diez (10) días hábiles posteriores a la resolución.

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA: El aviso del siniestro deberá ser comunicado a La Compañía en los Centros de Atención al Cliente dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura, deberán presentarse los siguientes documentos:

1. Desempleo Involuntario

1.1 Trabajadores del Sector Privado: a) Carta simple o Formato de Solicitud de Cobertura entregado por la Compañía y firmado por el Asegurado, en el que declare la ocurrencia del siniestro; b) Copia simple del DNI (Documento Nacional de Identidad) o documento oficial de identidad del Asegurado; c) Certificación de reproducción notarial del Certificado de trabajo. Este documento detalla el periodo laborado por el trabajador cesado, entre otros; o constancia policial, o acta inspectiva del Ministerio de Trabajo en los casos de despidos de hecho o de facto; d) Certificación de reproducción notarial del Contrato de Trabajo o 3 últimas Boletas de Pago donde se indique la fecha de inicio de su relación laboral; e) Certificación de reproducción notarial de la Liquidación de beneficios sociales y constancia del pago del beneficio por despido o mutuo disenso, salvo que se trate de un despido de hecho o de facto; f) Certificación de reproducción notarial del Certificado de aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese; g) Certificación de reproducción notarial del Estado de cuenta del crédito a la fecha de ocurrencia del siniestro, solo si la mensualidad varía o si ésta no ha sido reportada con anterioridad; h) Certificación de reproducción notarial de la Carta para la libre disponibilidad de la cuenta CTS por cese, debidamente firmada y sellada por el empleador, en caso corresponda, salvo que se trate de un despido de hecho o de facto; i) Declaración jurada manifestando que a la fecha de la solicitud el Asegurado se encuentra en situación de Desempleo; j) En caso el asegurado tenga más de un empleador y el desempleo afecte más del 50% de sus ingresos totales, se deberá presentar certificación de reproducción notarial del Certificado de cotizaciones de la AFP o de las Boletas de Pago,

1.2 Trabajadores y Docentes del Sector Público: a) Carta simple o Formato de Solicitud de Cobertura entregado por la Compañía y firmado por el Asegurado, en el que declare la ocurrencia del siniestro; b) Copia simple del DNI o documento oficial de identidad del Asegurado; c) Certificación de reproducción notarial de la Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador; d) Certificación de reproducción notarial de la Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública); e) Certificación de reproducción notarial del Estado de cuenta del crédito a la fecha de ocurrencia del siniestro, solo si la mensualidad varía o si ésta no ha sido reportada con anterioridad; f) Declaración jurada manifestando que a la fecha de solicitud el Asegurado se encuentra en situación de desempleo.

2. Incapacidad Física Total y Temporal: a) Carta simple o Formato de Solicitud de Cobertura entregado por la Compañía y firmado por el Asegurado, en el que declare la ocurrencia del siniestro. ; b) Copia simple del DNI (Documento Nacional de Identidad) o documento oficial de identidad del Asegurado; c) Certificación de reproducción notarial del Certificado de renta de 4ta categoría y/o declaración jurada de 3ra categoría; d) Certificación de reproducción notarial del Estado de cuenta del crédito a la fecha de ocurrencia del siniestro, solo si la cuota es variable; e) Original o Certificación de reproducción notarial del Certificado médico o de hospitalización sobre enfermedad o accidente, según corresponda, detallando: Causas de la incapacidad, Diagnóstico definitivo, Tratamiento realizado, Pronóstico, Días de descanso, Número de Historia Clínica, Clínica u Hospital donde recibió la atención, Médico tratante, y Fecha de atención.

3. Enfermedades Graves: a) Carta simple o Formato de Solicitud de Cobertura entregado por la Compañía y firmado por el Asegurado, en el que declare la ocurrencia del siniestro; b) Copia simple del DNI (Documento Nacional de Identidad) o documento oficial de identidad del Asegurado;; c) Original o Certificación de reproducción notarial del Informe médico en el que se detalle el diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo, fecha de inicio de la enfermedad, tratamientos, evolución, estado actual del Asegurado; d) Original de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado, relacionados con la Enfermedad; e) Para la enfermedad de Cáncer Primario se deberá presentar original del Informe Histopatológico e informe médico, así como copia de la historia médica del asegurado; f) Para el Infarto al Miocardio se deberá presentar Certificación de reproducción notarial de los informes de hospitalización.

4. Invalidez Total y Permanente por Accidente: a) Carta simple o Formato de Solicitud de Cobertura entregado por la Compañía y firmado por el Asegurado, en el que declare la ocurrencia del siniestro; b) Copia simple del DNI (Documento Nacional de Identidad) o documento oficial de identidad del Asegurado;; c) Certificación de reproducción notarial del Atestado Policial o Carpeta Fiscal, en caso corresponda; d) Certificación de reproducción notarial del Dictamen de invalidez emitido por ESSALUD o COMAFP o COMEC; e) Certificación de reproducción notarial de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado, relacionados con la Invalidez Total y Permanente por Accidente.

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.

Los documentos que se requieran en el presente artículo deberán ser entregados en los Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Contratante 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 Y/O REQUERIMIENTOS:

Los requerimientos y/o reclamos serán recibidos, en cualquier momento, vía llamadas telefónicas, página web o en cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente. 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.

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

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.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el Asegurado recibe la Solicitud-Certificado, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa ni penalidad alguna, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias y en tanto no hubiera utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro, comunicando su decisión a los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Asimismo, se procederá a devolver la prima recibida dentro de los treinta (30) días siguientes contados desde la recepción de la solicitud, no sujeta a penalidad alguna.

IMPORTANTE:

- La póliza electrónica y demás comunicaciones vinculadas con su contrato de seguro serán enviadas al correo electrónico del Contratante/Asegurado.
- 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 Comercializador recibe la solicitud presentada por el Asegurado.
- 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.
- 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.
- La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Asegurado que produzcan atrasos en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

- Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiarios al Comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubieran presentado a La Compañía y se entienden recibidas en la misma fecha; así como los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al Comercializarse 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.
- El Asegurado autoriza al Contratante a cargar en el crédito otorgado el costo de la prima única del presente seguro.
- 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.

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[1] de los datos personales que nos facilita con ocasión a la contratación de su seguro.

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 nacional[2] e internacional[3] 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 - Intercorp[4], 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		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.

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

Lugar y Fecha de emisión

Firma de Representante de La Compañía

Nota: 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.