



Nro Certificado: \_\_\_\_\_

## Solicitud de Seguro de Desgravamen

Código SBS N° VI2027400111

### Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

LEASING BPE	US\$ (XXXXXX)	<input type="checkbox"/>	S/ (XXXXXX)	<input type="checkbox"/>	MYPES	US\$ (XXXXXX)	<input type="checkbox"/>	S/ (XXXXXX)	<input type="checkbox"/>
REFINANCIADO	US\$ (XXXXXX)	<input type="checkbox"/>	S/ (XXXXXX)	<input type="checkbox"/>	CONVENIOS	US\$ (XXXXXX)	<input type="checkbox"/>	S/ (XXXXXX)	<input type="checkbox"/>
TITULIZADORA	US\$ (XXXXXX)	<input type="checkbox"/>	S/ (XXXXXX)	<input type="checkbox"/>	CONVENIOS CNG	S/ (XXXXXX)	<input type="checkbox"/>		
LEASING PN	US\$ (XXXXXX)	<input type="checkbox"/>	S/ (XXXXXX)	<input type="checkbox"/>					
OTRO:	(_____)								

### DATOS DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: Interseguro Compañía de Seguros S.A. RUC: 20382748566  
Dirección: Av. Pardo y Aliaga N° 634, San Isidro Provincia: Lima  
Centro de Atención al Cliente (Lima): Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro Departamento: Lima  
Teléfono: 611-4700 Fax: 611-4720 Correo electrónico: servicios@interseguro.com.pe

### DATOS DEL CONTRATANTE / BENEFICIARIO

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

### DATOS DEL CREDITO

Monto del crédito:	<input type="checkbox"/> Moneda <input type="checkbox"/> Nuevos Soles (S/.) <input type="checkbox"/> Dólares (US\$)	<input type="checkbox"/> Plazo	<input type="checkbox"/> N° Crédito:
--------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------

<b>Tipo Préstamo</b> <input type="checkbox"/> Consumo <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Tipo Amortización</b> <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Unico
---	---

Tasa de prima mensual % (de acuerdo a lo establecido en el Cronograma de Pagos)

### DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno:	<input type="checkbox"/> Apellido Materno:	<input type="checkbox"/> Nombres:
-------------------	--	-----------------------------------

<b>Tipo Doc. Identidad:</b>	<b>N° Doc. Identidad:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
-----------------------------	---------------------------	--------------	-----------------------------

Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.)	N° / Mz / Lt	Dpto / Of. / Int.	<b>Distrito:</b>
-----------------------------------	--------------	-------------------	------------------

Provincia:	<b>Departamento:</b>	<b>Teléfono Fijo:</b>
------------	----------------------	-----------------------

Celular:	<b>Correo electrónico:</b>	<b>Ocupación:</b>
----------	----------------------------	-------------------

**Relación con el Contratante:**  
Cliente del Contratante

### DATOS DEL ASEGURADO MANCOMUNADO

Apellido Paterno:	<input type="checkbox"/> Apellido Materno:	<input type="checkbox"/> Nombres:
-------------------	--	-----------------------------------

<b>Tipo Doc. Identidad:</b>	<b>N° Doc. Identidad:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
-----------------------------	---------------------------	--------------	-----------------------------

<b>Correo electrónico:</b>	<b>Ocupación:</b>
----------------------------	-------------------

**Relación con el Asegurado:**

## DATOS DE LA POLIZA

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

## PRIMA

**Frecuencia:** Mensual

### Composición de prima:

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

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

### IMPORTANTE:

- El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la Póliza a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de **15 días** desde la fecha en que La Compañía o Entidad Financiera recibe la solicitud presentada por el Asegurado.
- La póliza de seguro entrará en vigencia únicamente si el Contratante le otorga el crédito al Asegurado.
- La vigencia de las coberturas anteriormente detalladas, termina con la cancelación del crédito, quedando La Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido, en fecha posterior a la cancelación del mismo.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a La Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- 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.

## CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES

### **Ley de Protección de Datos Personales (Ley N° 29733 – Dec. Supremo N° 003-2013-JUS)**

El Asegurado expresa su consentimiento para que los datos personales (\*), que brinde a INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante La Compañía) o que sean recabados por éste, como consecuencia de la presente relación contractual, sean tratados (almacenados, registrados, transferidos, analizados, entre otros, según definición de Ley N°29733) a fin de brindar y mantener un nivel de servicio adecuado para el Asegurado. Asimismo, el Asegurado autoriza a Interseguro a obtener del Contratante información sobre sus datos personales necesarios para la presente contratación; y al Contratante a brindarla. Adicionalmente, el Asegurado expresa su consentimiento para: (i) transferir su información, de acuerdo al Código de Conducta (\*\*) establecido con sus empresas subsidiarias y empresas del grupo Intercorp; (ii) recibir información adicional sobre promociones, publicidad y descuentos de los distintos productos, servicios y beneficios ofrecidos por La Compañía así como por sus subsidiarias.

Dicha autorización se mantendrá vigente inclusive, con posterioridad a la culminación de la presente relación contractual, para fines estrictamente, publicitarios y/o promocionales.

Es importante señalar que los clientes y/o asegurados cuentan con los mecanismos legales suficientes para hacer valer sus derechos en caso éstos se vean perjudicados, tales como recurrir ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales o al Poder Judicial de ser el caso. La base de datos (Banco de Datos) de La Compañía se encontrará ubicada en las instalaciones de La Compañía. Asimismo en caso los clientes y/o asegurados deseen ejercer sus derechos (derecho a la

información, acceso, actualización, rectificación, supresión o cancelación, oposición y tutela de sus datos personales) podrán dirigirse a Av. Paseo de la República N° 3071, Distrito de San Isidro, Lima.

En señal de conformidad a todos los acuerdos contenidos en el presente documento, incluyendo la Declaración Personal de Salud, se suscribe la presente a los ..... de ..... del 20.....

**Firma del Asegurado Titular**

**Firma del Asegurado Mancomunado (\*\*\*)**

**Firma de Representante de La Compañía**

**Lugar y fecha**

(\*) Se entiende como “datos personales” a toda información que me identifica o me hace identificable, y “datos sensibles” a aquellos datos personales referidos a la esfera más personal.

(\*\*) Se entiende como Código de Conducta a aquel que establece las normas internas para la protección de datos personales en los casos de transferencias de datos entre empresas de un mismo grupo empresarial, sociedades subsidiarias afiliadas o vinculadas.

(\*\*\*) Sólo en caso aplique

