

**Solicitud - Certificado de Seguro de Desgravamen**

Código SBS N° VI2027400111 (Soles y Dólares)

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

 HIPOTECARIO: US\$ (500026)  S/. (500029)  VEHICULAR: US\$ (500052)  S/. (500051) 
**DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**
**Denominación o Razón Social:** Interseguro Compañía de Seguros S.A.

**RUC:** 20382748566

**Dirección:** Av. Pardo y Aliaga N° 634

**Distrito:** San Isidro

**Provincia:** Lima

**Departamento:** Lima

**Teléfono:** 611-4700

**Fax:** 611-4720

**Correo electrónico:** servicios@interseguro.com.pe

**Centro de Atención al Cliente (Lima):** Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro

**DATOS DEL CONTRATANTE /BENEFICIARIO**
**Denominación o Razón Social:** Banco Internacional del Perú - Interbank

**RUC:** 20100053455

**Dirección:** Jr. Carlos Villarán N° 140, Urb. Santa Catalina, La Victoria

**Provincia:** Lima

**Departamento:** Lima

**Teléfono:** 311-9000

**DATOS DEL CRÉDITO**
**Monto del crédito**
**Moneda**
 Nuevos Soles (S/.)  Dólares (US\$)

**Plazo**
**N° del Crédito**
**Tipo de préstamo**
 Vehicular  Vivienda  Otro:

**Tasa de prima mensual**

% (incluye IGV)

*(de acuerdo a lo establecido en el Cronograma de Pagos)*
**DATOS DEL ASEGURADO**
**Apellido Paterno**
**Apellido Materno**
**Nombres**
**Tipo Doc. Identidad**
 DNI  CE  Otro:

**N° Doc. Identidad**
**Sexo**
 M  F

**Fecha de Nacimiento**

 Día   Mes   Año    
**Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pi.)**
**N° / Mz / Lt**
**Dpto / Of. / Int.**
**Distrito**
**Provincia**
**Departamento**
**Teléfono Fijo**
**Celular**
**Correo electrónico**
**Ocupación**
**Relación con el Contratante**

Cliente del Contratante

**DATOS DEL ASEGURADO MANCOMUNADO (llenar en caso aplique)**
**Apellido Paterno**
**Apellido Materno**
**Nombres**
**Tipo Doc. Identidad**
 DNI  CE  Otro:

**N° Doc. Identidad**
**Sexo**
 M  F

**Fecha de Nacimiento**

 Día   Mes   Año    
**Correo electrónico**
**Ocupación**
**Relación con Asegurado**

## DATOS DE LA PÓLIZA

<b>Tipo de Riesgo</b> Desgravamen	<b>Moneda</b> La misma pactada en el Contrato del Crédito
--------------------------------------	--

**Fecha de inicio de vigencia:** Desde las 00:00 horas de la fecha de desembolso del crédito solicitado.

**Fecha de término de vigencia:** Hasta las 24:00 horas de la fecha de completado el pago del crédito solicitado o hasta el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, lo que ocurra primero.

**Plazo de vigencia:** Anual, con renovación automática hasta culminar el mes que cumple los 80 años de edad.

**Relación del Asegurado con el Contratante:** Cliente(s) titular(es) del crédito

## PRIMA

**Frecuencia:** Mensual

**Composición de prima:**

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

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

## RIESGOS CUBIERTOS

Coberturas	Suma Asegurada	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia	Suma Asegurada Máxima	Tasa de prima mensual (**)
Fallecimiento	Saldo insoluto al momento del siniestro	18 años	Hasta antes de cumplir 73 años	Hasta culminar el mes que cumple 80 años	<b>Hipotecario</b> (*):US\$ 500,000 ó equivalente en moneda nacional.	<b>Hipotecario:</b> Individual: 0.028% Mancomunado: 0.052%
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Saldo insoluto al momento del siniestro	18 años	Hasta antes de cumplir 73 años	Hasta culminar el mes que cumple 80 años	<b>Vehicular:</b> US\$ 100,000 ó equivalente en moneda nacional.	<b>Vehicular:</b> Individual: 0.0375% Mancomunado: 0.075%

(\*) Para los asegurados entre 72 y 80 años que hayan ingresado al seguro antes de cumplir 73 años, el saldo insoluto máximo será de US\$ 15,000 o equivalente en moneda nacional. Para crédito Mi Vivienda o Techo Propio, el saldo insoluto será de US\$ 12,000 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.

## CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

**DEDUCIBLES, FRANQUICIAS:** No aplica al presente seguro

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

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

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

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

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

En caso La Compañía necesitase mayor evidencia respecto a la condición del Asegurado, éste deberá someterse a una evaluación médica efectuada por facultativos designados por La Compañía, la cual será realizada conforme a las normas antes mencionadas y a cargo de la misma.

**CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES:** Durante la vigencia del contrato La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de 45 días pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente respecto de las modificaciones efectuadas al Contratante y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados. La aprobación del Contratante deberá ser por escrito. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado.

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

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

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

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

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

1. Suicidio, intento de suicidio, automutilación, o heridas causadas a sí mismo o por terceros con su consentimiento, 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 o desde la rehabilitación de la Póliza.
2. Pena de muerte o muerte producida por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.
3. Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o partícipe, por uno o más beneficiarios o por quienes pudieren reclamar la suma asegurada.
4. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
5. Participación en deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, street luge. Así también la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.
6. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
7. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; o intervenir en viajes submarinos.

8. Enfermedades preexistentes o Accidentes producidos con anterioridad al inicio de la póliza y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro. Así como, anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ella, y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
9. Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lt de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente.
10. Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
11. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la Escala Modificada de Mercalli, determinado por el Instituto Geofísico del Perú o por el servicio que en el futuro lo reemplace.
12. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
13. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado inmunodeficiencia.

**CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO:** La Solicitud-Certificado del Seguro quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 10.
- b. Cuando se reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 18 del Condicionado General.
- c. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante y/o Asegurado o que el Contratante no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro.
- d. Si durante el plazo de 15 días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.
- e. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 15 del Condicionado General.

En caso el Contratante optase por la resolución del Contrato, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado. En el supuesto contemplado en el literal d), cuando La Compañía opte por resolver el contrato, ésta tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Para los demás supuestos, La Compañía devolverá la prima correspondiente al período no devengado.

**SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA:** El Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa de su afiliación al contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación: a) Carta dirigida al Contratante o a La Compañía en la que se manifieste expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato. b) Original y copia del Documento Nacional de Identidad.

Dicho trámite podrá realizarse, en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de La Compañía ([www.interseguro.com.pe](http://www.interseguro.com.pe)), en el domicilio del Contratante, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante o el Asegurado tuviesen algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado deberá otorgar un poder notarial para que un tercero lo realice en su nombre, a través de una carta poder con firma legalizada. La Compañía procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada, considerando que la cobranza se realiza en forma adelantada. El contrato terminará una vez transcurridos treinta (30) días de la recepción de la documentación, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

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

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

**Para Fallecimiento por enfermedad o accidente:** a) Partida o Acta de Defunción del Asegurado; b) Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo; c) Copia del documento de identidad de la persona Asegurada fallecida.

**En caso de accidente presentar adicionalmente:** a) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal; b) Protocolo de Necropsia; c) Resultado de dosaje etílico, y d) Resultado de Análisis Toxicológico.

**Para Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:** a) Copia del Documento de Identidad del Asegurado; b) Resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcoholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, cuando corresponda; c) Dictamen de invalidez del COMAFP o Certificado de Discapacidad; d) Atestado Policial, cuando corresponda.

De requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, para consentir el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada. Asimismo, cabe precisar que si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de La Compañía se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, La Compañía está obligada a restituir el exceso de la prima percibida, sin intereses.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, La Compañía tendrá derecho a examinar al Asegurado por los médicos que se designen para el efecto, pudiendo adoptar todas las medidas conducentes a la mejor y más completa investigación para determinar la certeza, naturaleza y gravedad de las lesiones originadas en el accidente y verificar el grado de invalidez respectivo. En caso de negativa del Asegurado a someterse a dicha evaluación, La Compañía quedará liberada de efectuar el pago de la suma asegurada solicitada. El plazo para efectuar la solicitud de cobertura será el plazo prescriptorio legal vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

**PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS:** Los requerimientos y/o reclamos serán recibidos, en cualquier momento, vía fax, correo, llamadas telefónicas o correo electrónico 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 **30** días desde la recepción de la solicitud. Las comunicaciones cursadas por los asegurados o beneficiarios al Contratante, sobre aspectos relacionados al seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Compañía. **El área de Atención al Cliente es la encargada de atender los reclamos.**

Centros de Atención al Cliente:

**Lima**

Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro  
**Central de Atención al Cliente (Lima):** 500-0000  
**Fax:** 611-9255

**Arequipa**

Av. Víctor Andrés Belaunde Mz. B Lote 3, Umacollo  
**Central de Atención al Cliente (Arequipa):** (054) 603 101

**Correo electrónico:** servicios@interseguro.com.pe **Página web:** www.interseguro.com.pe

## **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 Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840.**

### **IMPORTANTE:**

- El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la Póliza a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de **15** días calendarios desde la fecha de recepción de la solicitud.
- La póliza de seguro entrará en vigencia únicamente si el Contratante le otorga el crédito al Asegurado.
- La vigencia de las coberturas anteriormente detalladas, termina con la cancelación del crédito, quedando La Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido, en fecha posterior a la cancelación del mismo.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a La Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- En la presente Solicitud-Certificado se encuentra contenido el resumen de la póliza de seguro. Asimismo, el Asegurado declara haber recibido la Solicitud-Certificado.
- La Compañía es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas en la póliza. En este sentido, La Compañía es la responsable de todos los errores u omisiones que incurra la empresa del sistema financiero con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
- Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Contratante, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiera dirigido a La Compañía, así como los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante, se consideran abonados a La Compañía.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Para el caso de las pólizas comercializadas por el canal de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 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 titular de los datos personales otorga a Interseguro Compañía de Seguros S.A. (en adelante Interseguro) su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para: i) Incorporar sus datos personales sensibles o no, al Banco de Datos de Clientes ubicado en las instalaciones de Interseguro. ii) Tratar sus datos personales y/o sensibles (\*), que hubieran sido proporcionados directamente a Interseguro o aquellos que pudieran encontrarse en fuentes de acceso para el público, utilizando dicha información para tratamientos que supongan desarrollo de acciones comerciales, incluyendo la realización de estudios de mercado, elaboración de perfiles de compra, evaluaciones financieras, gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (incluyendo evaluaciones de seguros, procesamiento de datos, gestión de cobranzas, remisión de correspondencia, entre otros).

Ofertar productos y/o servicios que pudieran ser de su interés de forma directa o por intermedio de terceros (vía medio físico, electrónico o telefónico) de publicidad, información, obsequios, ofertas y/o promociones (personalizadas o generales) de productos y/o servicios de Interseguro y/o de otras empresas del Grupo Intercorp y sus socios estratégicos, entre las que se encuentran aquellas difundidas en el portal de la Superintendencia del Mercado de Valores ([www.smv.gob.pe](http://www.smv.gob.pe)) así como en el portal [www.intercorp.com.pe/es](http://www.intercorp.com.pe/es). Para tales efectos, el(los) titular(es) de los datos personales autoriza(n) a Interseguro la cesión, transferencia o comunicación de sus datos personales, a dichas empresas y entre ellas.

Se informa al titular de los datos personales (clientes y/o asegurados), que pueden ejercer sus derechos (derecho a la información, acceso, actualización, rectificación, supresión o cancelación, oposición y tutela de sus datos personales) presentando su solicitud en nuestras oficinas de atención al cliente; o mediante un correo electrónico dirigido a: [servicios@interseguro.com.pe](mailto:servicios@interseguro.com.pe).

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 de Representante de La Compañía



Firma del Asegurado Mancomunado (\*\*)

Lugar y fecha

(\*) Se entiende como "datos personales" a toda información que me identifica o la información sobre una persona identificada, y "datos sensibles" a aquellos datos personales referidos a la esfera más íntima y personal.

(\*\*) Sólo en caso aplique

# DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

	Titular	Mancomunado
1. ¿Padece de alguna enfermedad o dolencia actualmente? Indique. _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Sus padres han padecido o padecen de diabetes, enfermedades mentales, enfermedades cardiovasculares o tumorales? Indique. _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Practica algunos de los deportes detallados en el enunciado 5 de las Exclusiones expresadas en la presente Solicitud-Certificado? Indique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Tiene diagnóstico de SIDA o de ser portador del VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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) Sí  No

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

Firma del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Mancomunado (en caso corresponda)