

**Solicitud - Certificado de Seguro Temporal en Grupo Protección Familiar**  
**Código SBS N° VI2027200112 | Póliza N° 5000021 (Soles)**  
**Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias**

**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, 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**

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 PERSONALES DEL ASEGURADO**

Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Tipo Doc. Identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro		N° Doc. Identidad:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de Nacimiento: Día Mes Año	
Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):		N° / Mz / Lt:		Dpto / Of. / Int.:		Distrito:	
Departamento:		Teléfono Fijo:		Celular:		Correo electrónico:	
Ocupación:		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>					

Relación del Asegurado con el Contratante:  
 Cliente del Contratante

**BENEFICIARIOS**

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo de Documento	Nro. de Documento	Relación con el Asegurado	% Dist.

Nota: La suma de los porcentajes deberá ser 100%

**MONTO DE PRIMA COMERCIAL**

PLAN	Mensual	Semestral	Anual
Plan 1	<input type="checkbox"/> S/. 10.00	<input type="checkbox"/> S/. 55.00	<input type="checkbox"/> S/. 110.00
Plan 2	<input type="checkbox"/> S/. 15.00	<input type="checkbox"/> S/. 82.50	<input type="checkbox"/> S/. 165.00
Plan 3	<input type="checkbox"/> S/. 21.00	<input type="checkbox"/> S/. 115.50	<input type="checkbox"/> S/. 231.00

**AUTORIZACIÓN DE CARGO EN CUENTA**

Por el presente, autorizo se sirvan efectuar, de acuerdo a la periodicidad escogida, los cargos a mi:

Tarjeta de Crédito  Tarjeta de Débito  Visa  Mastercard  American Express  Otros:

Moneda:  Soles  Dólares N° Tarjeta:     -     -

Por el concepto de prima de seguro: **"Protección Familiar Sepelio"** Fecha de vencimiento: Mes   Año

En caso se realice cambio de la tarjeta de crédito, autorizo al Contratante a comunicar el nuevo número de plástico a la Compañía. Asimismo, autorizo a la Compañía a continuar efectuando los cargos de acuerdo al plan contratado para el pago de prima derivado de la presente póliza.

**USO INTERNO DEL BANCO**

Registro del Vendedor Firma Vendedor Fecha / /  
 Cod. Tienda (dd / mm / aaaa)

**DATOS DE LA POLIZA**

Tipo de Riesgo: Moneda:

<b>Fecha de inicio de vigencia:</b>	Desde las 00:00 horas de la fecha de la firma de la solicitud del seguro por parte del Asegurado.
<b>Fecha de término de vigencia:</b>	Hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución, lo que ocurra primero.
<b>Plazo de vigencia:</b>	Anual, con renovación automática hasta culminar el mes que cumple los 65 años de edad.
<b>Lugar y forma de pago:</b>	De acuerdo a lo pactado con el Asegurado.

COBERTURAS (*)		Plan 1	Plan 2	Plan 3
1.	Fallecimiento Natural	S/. 5,000	S/. 7,500	S/. 15,000
2.	Fallecimiento Accidental	S/. 10,000	S/. 15,000	S/. 30,000

(\*) Las coberturas de Fallecimiento Natural y Fallecimiento Accidental son excluyentes entre sí.

### CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

**DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O COASEGURO:** No aplica al presente seguro.

**DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO:** La Compañía pagará, en caso de Fallecimiento Natural o Fallecimiento Accidental, al (los) Beneficiarios designados por el Asegurado, siempre que la Póliza se encuentre vigente al momento del Siniestro, con el Capital Asegurado indicado en el Certificado del Seguro de acuerdo al plan contratado por el Asegurado.

#### CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
18 años	Hasta antes de cumplir 65 años	Hasta culminar el mes que cumple 65 años

**DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA:** Los riesgos cubiertos por la presente Póliza son el Fallecimiento Natural, y Fallecimiento Accidental del Asegurado, por lo que de ocurrir un siniestro al Asegurado, la Compañía pagará por única vez al (los) Beneficiario(s) la Suma Asegurada como consecuencia de cualquiera de los riesgos cubiertos en la presente Póliza. 1. Fallecimiento Natural: En caso de fallecimiento del Asegurado por causas no accidentales y que la causa no se encuentre incluida dentro de las exclusiones establecidas en el Art. N° 3 de las Condiciones Generales, la Compañía pagará al (los) Beneficiario(s) el Capital Asegurado especificado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado; en función al plan contratado. 2. Fallecimiento Accidental: Se considerará Fallecimiento Accidental a aquel producido por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre el Asegurado independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

En virtud de esta cobertura la Compañía pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado especificado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado; en función al plan contratado, siempre que el Fallecimiento del Asegurado se haya producido como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza. Para estos efectos, se entenderá como fallecimiento inmediato aquél que ocurra dentro de los noventa (90) días calendario, siguientes de ocurrido el accidente.

**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 cuarenta y cinco (45) días pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante será de forma previa a su aplicación 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 será pagada por el Contratante en fracciones mensuales en las fechas indicadas en el presente documento. El Contratante trasladará el pago de la prima al Asegurado. 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 por escrito al Contratante con cuarenta y cinco (45) días de anticipación al vencimiento, conforme lo señalado al Artículo N° 6 de estas Condiciones. Para ello, La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante y este deberá poner en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado. 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 de la Solicitud-Certificado de seguro.

Se considerará resuelta la Solicitud-Certificado de seguro 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.

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 la Solicitud-Certificado de seguro queda extinguida sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía.

Sea que la Solicitud-Certificado de seguro quede resuelta o extinguida por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagas correspondientes al período efectivamente cubierto, incluyendo

todos aquellos gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente sustentados por La Compañía.

**EXCLUSIONES:** Se excluye de su cobertura y no se cubre el Fallecimiento Natural o Accidental del Asegurado que ocurra a consecuencia de: 1) Suicidio, intento de suicidio, automutilación, o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente, salvo que 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 participe, por uno o más Beneficiarios o por quienes pudieren reclamar la Suma Asegurada, sin perjuicio del derecho que le asiste a los demás beneficiarios no partícipes de dicho acto, de reclamar el porcentaje o alicuota correspondiente de 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 activa 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, tirolesa, 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 o submarino de cualquier clase, excepto como pasajero en vuelo 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; 8) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de inmunodeficiencia; 9) Enfermedades preexistentes, así como anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro y que sean causa de Invalidez permanente y/o fallecimiento salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía; 10) Uso de estupefacientes, a menos que hubiesen sido administrados por prescripción médica; 11) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo; 12) Consecuencia de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de este seguro; 13) 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; 14) En el caso de fallecimiento accidental se excluirá la muerte bajo los efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre; según se determine por el dosaje etílico o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.

**SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA:** Cualquier Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa de su afiliación al contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión 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)), o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, 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. 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. El contrato terminará una vez transcurridos treinta (30) días de la recepción de la solicitud de resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza. Si el Contratante y/o Asegurado opta por la resolución, La Compañía tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta el término de la vigencia del contrato, en consecuencia, La Compañía solo devolverá la prima no devengada.

**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 solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el artículo siguiente.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 11 del Condicionado General.
- c. Si reclaman fraudulentamente o se apoyan en documentos o declaraciones falsas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13 del Condicionado General.
- d. 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 en el plazo de diez (10) días, cuando incurren en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Ante la falta de aceptación, La Compañía puede resolver la Solicitud-Certificado mediante comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días computados desde el vencimiento del plazo para el pronunciamiento del Asegurado.
- e. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver la Solicitud-Certificado. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

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.

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. La devolución de la prima se realizará en la forma descrita en el párrafo anterior. Para los casos antes mencionados, La Compañía procederá con la devolución de la prima no devengada, teniendo como plazo para la devolución diez (10) días hábiles posteriores a la resolución.

**AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA:** A la ocurrencia de un siniestro, el Beneficiario deberá dar aviso del siniestro y posteriormente solicitar la cobertura del mismo. El aviso del siniestro deberá efectuarse por escrito en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Posteriormente, a fin de solicitar la cobertura, el Beneficiario deberá presentar la siguiente información:

Al fallecimiento natural del Asegurado, los Beneficiarios de la Póliza podrán exigir el pago de la Suma Asegurada, presentando los siguientes documentos en el Centro de Servicio de Atención al Cliente o en las oficinas del Comercializador:

- a) Original o copia legalizada de la Partida o Acta de Defunción del Asegurado
- b) Original o copia legalizada del Certificado Médico de Defunción del asegurado, en formato oficial completo.
- c) Copia fedateada y foliada de la Historia clínica del Asegurado.
- d) Copia simple del Documento de identidad del(los) Beneficiario(s) del seguro.

En caso de fallecimiento accidental, se deberá presentar adicionalmente los siguientes documentos en el Centro de Servicio de Atención al Cliente o en las oficinas del Comercializador:

- a) Original o copia legalizada del Atestado Policial completo, en caso corresponda
- b) Original o copia legalizada del Protocolo de Necropsia, en caso corresponda
- c) Original o copia legalizada del Resultado de dosaje etílico, en caso corresponda, y
- d) Original o copia legalizada del Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

En todas las coberturas, 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, aprobar o rechazar el siniestro, lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

En caso, el Contratante, el (los) Beneficiario(s) o terceras personas que actúen en su representación, empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios de la presente póliza, será de aplicación el Artículo N° 16, Causales de Resolución del Contrato, quedando el presente contrato resuelto. Para ello la Compañía, al momento de detectar la ocurrencia de los supuestos antes mencionados, mediante carta formal comunicará al Contratante o Beneficiarios su decisión de resolver la póliza en virtud de lo aquí establecido. El plazo para efectuar la solicitud de la cobertura será el plazo prescriptorio legal vigente a la fecha que se conozca la existencia del beneficio. En la presente póliza, entiéndase que la "copia legalizada" hace referencia a la certificación de reproducción notarial, de conformidad con el Artículo N° 110 del Decreto Legislativo N° 1049.

**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. **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) 603101

Correo electrónico: [servicios@interseguro.com.pe](mailto:servicios@interseguro.com.pe) / Página web: [www.interseguro.com.pe](http://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, según corresponda: En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante, Asegurado o Beneficiario 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](http://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](http://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 del seguro a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de **15 días calendario**, desde la recepción de 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.
- En la presente Solicitud-Certificado se encuentra contenido el resumen de la póliza del seguro, la cual el Asegurado declara haber recibido.
- 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 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.
- **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:** Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el Asegurado recibe la Solicitud - Certificado de Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, comunicando su decisión a 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, no sujeta a penalidad alguna.
- El Asegurado declara que ha sido debidamente informado de que la Compañía no autoriza a su personal o personal alguno del Contratante/ Comercializador del seguro a recibir suma alguna de dinero por concepto de primas, y que el único medio válido de pago es el indicado en este documento. Por tal motivo, cualquier pago en contravención de lo dispuesto en este documento será bajo única responsabilidad del Asegurado.

### MECANISMO DE COMUNICACIÓN PACTADO

De acuerdo a lo establecido en el Art. N° 24 del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros (Res. SBS N° 3199-2013), el Asegurado declara su conformidad para que el mecanismo de comunicación asociado a la póliza sea mediante uno de los siguientes medios:

Correo electrónico  Dirección de envío de correspondencia

El Asegurado deja expresa constancia de su aprobación, acordando que desde la fecha de suscripción del presente documento, el envío de promociones, cartas y/u otra documentación, será recepcionada a través del medio de comunicación previamente elegido.

### 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, se suscribe la presente a los ..... días del mes ..... de 20.....

Firma del Asegurado Titular	Lugar y Fecha de emisión	Firma de Representante de la Compañía 
-----------------------------	--------------------------	--

(\*) 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.