

N° \_\_\_\_\_

**Solicitud - Certificado de Protección Financiera**  
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias  
Código SBS N° AE2026100106 | Póliza N° xxxxxx (Soles)

**DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

Denominación o Razón Social: xxxxx. RUC: xxx  
 Dirección: xxxxx Provincia: xxx Departamento: xx  
 Centro de Atención al Cliente (Lima): xxxxx  
 Teléfono: xxxxx Fax: xxx Correo electrónico: xxxxx

**DATOS DEL CONTRATANTE**

Denominación o Razón Social: xxxxxxxx RUC: xxxxx  
 Dirección: xxx Provincia: xxx  
 Departamento: xx Teléfono: xx

**DATOS DEL ASEGURADO**

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Primer nombre:	Segundo nombre:
Tipo Doc. Identidad: DNI CE Otro:	N° Doc. Identidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento: Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):	N° / Mz / Lt:	Dpto / Of. / Int.:	Distrito: <span style="float: right;">Provincia:</span>
Departamento:	Teléfono Fijo:	Celular:	Correo electrónico:
Ocupación:	Relación del Asegurado con el Contratante: Cliente que mantiene una tarjeta de Crédito con el Contratante		

**MONTO DE PRIMA COMERCIAL**

PLAN	Plan A Hasta 12 meses	Plan B Hasta 18 meses	Plan C Hasta 24 meses	Plan D Hasta 36 meses	Plan E Hasta 48 meses
Prima única	<input type="text"/> S/. xx				
Prima única (+IGV)	<input type="text"/> S/. xx				

Los cargos de comercialización se establecerán de acuerdo a lo pactado entre La Compañía y el Contratante del seguro en las Condiciones Particulares.

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](http://www.interseguro.com.pe) o a través del Portal del Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

**BENEFICIARIO**

Para la cobertura de Desempleo Involuntario e Incapacidad Física Total y Temporal, el Beneficiario será el Contratante. Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad y Gastos Hospitalarios, el Beneficiario es el propio Asegurado. El Asegurado podrá designar a un (1) Beneficiario para cobrar el importe de este seguro en caso de fallecimiento y en su ausencia de éste, serán sus herederos legales.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de nacimiento	DNI	Relación con Asegurado	%
						100%

**Nota:** El Beneficiario deberá tener el 100%. El Asegurado podrá cambiar al Beneficiario cuando lo estime conveniente, manifestándolo por escrito a La Compañía.

**AUTORIZACIÓN DE CARGO DE PRIMAS DEL SEGURO**

Autorizo a Interseguro Compañía de Seguros S.A. a cargar las primas del seguro en:

**Banco Interbank (cargo en cuenta)**

Moneda: Soles  Dólares

Ahorros  Ahorros Millonaria  Cuenta Corriente  N° Cuenta  -

**Tarjeta de Crédito** Moneda: Soles  Dólares

Visa  Mastercard  Amer. Express  N° Tarjeta  -  -

Fecha de vencimiento Mes  Año

Canal de Venta Tienda IB  Banca Telefónica  Módulos CTV  Convenios  Televentas  Otros: \_\_\_\_\_

Registro de Vendedor N° Tienda / N° Supervisión

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Tipo de Riesgo Accidentes Personales Moneda La misma al del plan elegido

Fecha de inicio de vigencia: Desde las 00:00 horas de la fecha de la firma de la solicitud del seguro por parte del Asegurado.

Fecha de término de vigencia: Hasta las 24:00 horas del día de cancelación del crédito, del término del plan contratado, de la edad máxima de permanencia o de las fechas establecidas en las Causales de Resolución, lo que ocurra primero.

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

Lugar y forma de pago: De acuerdo a lo pactado entre el Asegurado y el Contratante.

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

COBERTURAS		Plan A Hasta 12 meses	Plan B Hasta 18 meses	Plan C Hasta 24 meses	Plan D Hasta 36 meses	Plan E Hasta 48 meses
1.	Fallecimiento Accidental	Saldo deudor hasta un máximo de S/.xx	Saldo deudor hasta un máximo de S/.xx	Saldo deudor hasta un máximo de S/.xx	Saldo deudor hasta un máximo de S/.xx	Saldo deudor hasta un máximo de S/.xx
2.	Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Saldo deudor hasta un máximo de S/.xx	Saldo deudor hasta un máximo de S/.xx	Saldo deudor hasta un máximo de S/.xx	Saldo deudor hasta un máximo de S/.xx	Saldo deudor hasta un máximo de S/.xx
3.	Desempleo Involuntario (Trabajador Dependiente)	Hasta S/. xx Máximo por cuota S/. xx (máx. x cuotas)	Hasta S/. xx Máximo por cuota S/. xx (máx. x cuotas)	Hasta S/. xx Máximo por cuota S/. xx (máx. x cuotas)	Hasta S/. xx Máximo por cuota S/. xx (máx. x cuotas)	Hasta S/. xx Máximo por cuota S/. xx (máx. x cuotas)
4.	Incapacidad Física Total y Temporal (Trabajador Independiente)	Hasta S/. xx Máximo por cuota S/. xx (máx. x cuotas)	Hasta S/. xx Máximo por cuota S/. xx (máx. x cuotas)	Hasta S/. xx Máximo por cuota S/. xx (máx. x cuotas)	Hasta S/. xx Máximo por cuota S/. xx (máx. x cuotas)	Hasta S/. xx Máximo por cuota S/. xx (máx. x cuotas)
5.	Gastos Hospitalarios	Hasta S/. xx Máximo por día S/. xx (máx. xx días, deducible el 1er día)	Hasta S/. xx Máximo por día S/. xx (máx. x días, deducible el 1er día)	Hasta S/. xx Máximo por día S/. xx (máx. xx días, deducible el 1er día)	Hasta S/. xx Máximo por día S/. xx (máx. xx días, deducible el 1er día)	Hasta S/. xx Máximo por día S/. xx (máx. xx días, deducible el 1er día)

**CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO**

**DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O COASEGURO:** Para la cobertura de Desempleo Involuntario o Incapacidad Física Total y Temporal, el Asegurado asumirá el pago correspondiente a la primera (1) cuota a partir del desempleo involuntario o la incapacidad física total y temporal. Para la cobertura de Gastos Hospitalarios, el Asegurado asumirá el pago correspondiente al primer (1) día de hospitalización.

**CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:** No podrán asegurarse bajo este seguro los incapaces absolutos ni los relativos de acuerdo a lo definido en el Código Civil.

**PERIODO DE CARENCIA:** Para la cobertura de Incapacidad Física Total y Temporal, el periodo de carencia es de 90 días calendario.

**ANTIGÜEDAD LABORAL:** Período de mínimo 01 año ininterrumpido en el que el Asegurado debe haber permanecido empleado para tener derecho a la cobertura del presente seguro. Se considerará continuidad laboral en los casos en que la interrupción entre uno y otro empleo no sea mayor a 7 días calendario. (Aplica solo para desempleo involuntario – Trabajador Dependiente).

**DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO:** Proteger al Asegurado contra pérdidas económicas a causa de: Fallecimiento Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, Desempleo Involuntario o Incapacidad Física Total y Temporal, y Gastos Hospitalarios.

## CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

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. Fallecimiento Accidental: En virtud de esta cobertura La Compañía pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado especificado en las Condiciones Particulares y en el presente documento 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 y por una causa no considerada en las exclusiones de la misma. Para estos efectos, se entenderá como fallecimiento inmediato aquél que ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

2. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: Se considerará que la invalidez es total y permanente cuando el Asegurado, antes de cumplir la edad límite de permanencia señalada en las Condiciones Particulares y en el presente documento, sufra una pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que le produzca un menoscabo de por lo menos dos terceras (2/3) partes de su capacidad física de trabajo, siempre que tal incapacidad sea reconocida por una comisión médica conformada por tres profesionales en la medicina debidamente colegiados. En caso la invalidez se produzca por un accidente, será objeto de cobertura la invalidez total y permanente que se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al mismo. Para determinar fehacientemente que la invalidez es total y 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. Asimismo, se define capacidad de trabajo, como la capacidad del asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para lo cual esté razonablemente preparado de acuerdo a su educación, capacitación o experiencia.

3. Desempleo Involuntario: En el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario, La Compañía le otorgará al Contratante, una indemnización que consiste en el pago, por cada treinta (30) días calendario de desempleo, de una cuota mensual de la deuda que el Asegurado haya contraído con éste, detallada en las Condiciones Particulares y en el presente documento, de acuerdo al Plan Elegido. La cobertura de Desempleo Involuntario se aplica únicamente para trabajadores dependientes. Las causales de Desempleo Involuntario cubiertas por esta Póliza, según el sector o Ley bajo la cual labore el trabajador, serán las que se detallan en este artículo. En caso que el trabajador tenga más de un (1) empleador, se considerará cubierto por esta Póliza si se ve afectado por una situación de Desempleo Involuntario de la empresa que represente más del cincuenta por ciento (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 documentación que La Compañía determine. La presente cobertura podrá ser activada para cubrir el riesgo de Desempleo Involuntario por una sola vez durante la vigencia del crédito. De esta forma, para que un siniestro esté cubierto deberá tener su origen en alguna de las siguientes causales de término de relación laboral:

- (i) Empleados del sector privado, regidos bajo la Ley de Productividad y Competitividad Laboral, Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 728, aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-97-TR, y sus modificatorias:
  - Detrimiento en la facultad física o mental o la ineptitud sobrevenida determinante para el desempeño de sus tareas (Art. N° 23, Ley de Productividad y Competitividad Laboral)
  - El rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en labores y bajo condiciones similares (Art. N° 23, Ley de Productividad y Competitividad Laboral)
  - Despido Arbitrario, sólo después que se haya materializado el pago de indemnización a la que tiene derecho el trabajador
  - Despido Colectivo, sólo después de que éste se haya materializado, lo anterior debidamente acreditado en cumplimiento del trámite establecido en los Art. N° 46 al 52 de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral.
- (ii) Trabajadores Formales con Contrato Especial: Sólo se cubrirá el desempleo proveniente del término de los siguientes tipos de contratos especiales de trabajo:
  - Contrato por inicio o lanzamiento de una nueva actividad.
  - Contrato por necesidad de mercado.
  - Contrato por Reconvención Empresarial.
- (iii) Asimismo, en caso que un contrato especial, o de plazo fijo, se transforme en contrato indefinido, se sujetará a las normas definidas al párrafo anterior, manteniendo para efectos del seguro la antigüedad laboral original, siempre y cuando exista continuidad laboral con el mismo empleador.
- (iv) Respecto de Empleados Públicos: Cese por causales no atribuible a la conducta ni capacidad de trabajo del empleado o funcionario público ni por término natural del plazo previsto en el contrato de trabajo.
- (v) Empleados del Sector Educativo: Personal docente, regulados por la Ley del Profesorado: Suspensión absoluta o cese por causales no atribuible a la conducta ni capacidad de trabajo del docente o personal administrativo regido bajo esta Ley.
- (vi) Miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales: Sólo se cubrirá el desempleo involuntario en los siguientes casos: Causal de retiro temporal o absoluto contemplada en sus respectivas leyes orgánicas, estatutos y reglamentos de personal, pero única y exclusivamente en la medida que la causal de cesantía invocada cumpla con los siguientes requisitos: Que el retiro o baja se deba a causa no imputable a la voluntad o a la conducta del miembro de las fuerzas armadas o policiales; Que el retiro o baja no implique para el integrante retirado o dado de baja el pago de una pensión o jubilación por dicho concepto; Invitación al Retiro por renovación administrativa.

Queda establecido y convenido que el beneficio percibido corresponderá al pago definido en las Condiciones Particulares y en el presente documento, correspondiente a aquellos meses en que el Asegurado acredite encontrarse en Desempleo o mantenerse en tal situación, por el número máximo de meses y con los límites del beneficio que se definan en las mencionadas Condiciones Particulares y en el presente documento.

4. **Incapacidad Física Total y Temporal:** En el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de incapacidad física total y temporal por enfermedad o accidente, La Compañía otorgará al Contratante una indemnización que consistirá en el pago de cuotas mensuales de la deuda del Asegurado contraída con éste; amparada en la presente póliza, por el monto máximo asegurable, de acuerdo a las Condiciones Particulares y en el presente documento. La cobertura de Incapacidad Física Total y Temporal se aplica únicamente para trabajadores independientes. En caso de incapacidad física total y temporal del asegurado, La Compañía pagará hasta el máximo de cuotas detallado en las Condiciones Particulares y en el presente documento, de acuerdo al Plan Elegido, por cada treinta (30) días de incapacidad. El beneficio será otorgado siempre y cuando el Asegurado se mantenga en estado de incapacidad física total y temporal y siempre que no se haya superado el número de cuotas máximas señaladas en las Condiciones Particulares y en el presente documento. El detalle del Capital Asegurado por evento es de una (1) cuota mensual del crédito por cada treinta (30) días de incapacidad. La presente cobertura podrá ser activada para cubrir el riesgo de incapacidad física total y temporal por un sólo evento durante la vigencia del crédito.

5. **Gastos Hospitalarios:** Si el Asegurado, a consecuencia de un accidente o enfermedad, hace necesario incurrir en gastos de hospitalización, La Compañía reembolsará los gastos por concepto del tratamiento médico, incluyendo medicinas y exámenes especializados. Dichos gastos no excederán del máximo de días ni del monto máximo establecido en el Condicionado Particular y en el presente documento por día de hospitalización. La presente cobertura podrá ser activada para cubrir el riesgo de gastos hospitalarios por el (los) evento(s) que se establezca(n) en las Condiciones Particulares y en el presente documento durante la vigencia del crédito. 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.

Las coberturas de la presente Póliza son excluyentes entre sí, pudiendo el Asegurado presentar la denuncia del siniestro solo por una de ellas. Se considerará un solo evento para todas las coberturas durante la vigencia del seguro. En caso el Asegurado haya recibido el beneficio de alguna cobertura, se procederá a la resolución del contrato.

**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 es única y será pagada por el Contratante de acuerdo a lo indicado 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. 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 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 resuelta la póliza 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. En caso se decida la resolución de la solicitud certificado, ésta surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días, de recibida por el Asegurado la comunicación escrita de La Compañía informándole sobre esta decisión. Ello, sin perjuicio de la comunicación que se cursará 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 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. La suspensión, resolución o extinción de la póliza o la solicitud-certificado de seguro por falta de pago de la prima, según corresponda, solo resultan aplicables en caso La Compañía haya optado por diferir la prima. 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 efectivamente cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente indicados por La Compañía en el presente documento y en el Condicionado Particular.

**EXCLUSIONES:** Estarán excluidos de la cobertura y La Compañía no estará obligada al pago del seguro en los siguientes casos:

a) *Para las coberturas de fallecimiento accidental, invalidez total y permanente por accidente o enfermedad, incapacidad física total y temporal y gastos hospitalarios:* a) Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las

consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza; b) Enfermedades preexistentes o lesiones diagnosticadas no resueltas en el momento previo a la Solicitud del Seguro (Patologías Pre – Existentes); c) Consecuencia de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de este seguro; d) Enfermedades Mentales y del Comportamiento; e) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de inmunodeficiencia adquirida; f) Duelos, suicidios, tentativas de suicidios, autolesión y auto mutilación, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro o desde la rehabilitación de la Póliza; g) Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, inhalación de gases, intoxicaciones y envenenamientos sistemáticos, siempre que este sea preexistente al inicio de la vigencia de la Solicitud-Certificado; h) Pena de muerte o 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. En caso no se emita sentencia, el análisis de la legítima defensa se realizará en función del atestado policial y de ser el caso, cualquier otro documentos que esclarezca los hechos; i) Lesiones a consecuencia de la participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquéllas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas; j) 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; k) Lesiones o afecciones padecidas con motivo de la práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso. Se entenderá la realización o practica de una actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. Se consideran como actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares; l) Bajo la influencia del alcohol y/o drogas y/o alucinógenos. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda; m) Lesiones a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como operaciones o 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; n) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la(s) misma(s); o) Daños o pérdidas ocasionadas por experimentos de energía atómica o de cualquier riesgo atómico; p) 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; q) Lesiones o afecciones padecidas con motivo de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones guerreras (sea que haya sido declarada o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar, naval o usurpado; r) Personas con incapacidad total y permanente anterior al inicio de la cobertura de este seguro; s) Enfermedades o dolencias a consecuencia de problemas en la columna vertebral; t) Los llamados 'Accidentes Médicos'. Solo serán causal de exclusión los siguientes 'Accidentes Médicos': apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, ataques cardíacos, trombosis, ataques epilépticos; enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo así como los casos de negligencia o impericia médica, que sufra el Asegurado; u) Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el beneficiario o heredero; v) Servicios o tratamientos prestados por cualquier persona contratada por el Asegurado que no cuente con la acreditación profesional correspondiente; w) Procedimientos médicos experimentales, aquellos aprobados por las Guías Prácticas Clínicas reconocidas; x) Cirugía cosmética o cualquier procedimiento cosmético, a excepción de cirugía reconstructiva para la corrección de un desorden físico originado a consecuencia de un accidente o enfermedad, materia de cobertura de la presente póliza.

**1. Desempleo Involuntario:** El desempleo cuya causa directa esté relacionada con:

- a) Empleados del sector privado, regidos bajo la Ley de Productividad y Competitividad Laboral, Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 728: (i) Cuando el desempleo involuntario se produzca por alguna causal distinta a las previstas en el Art. N° 2 de las Condiciones Generales; (ii) Cuando el ex-empleador del Asegurado no tenga oficina registrada en Perú o no esté afecto a las leyes sociales y previsionales determinadas por la legislación peruana del trabajo; (iii) Cuando no exista documentación formal que permita acreditar la existencia de un vínculo laboral único con un ex-empleador y/o la culminación del mismo; (iv) Despido por causas justas

relacionadas con la conducta del trabajador; (v) Despido por faltas graves del trabajador; (vi) Renuncia del trabajador; (vii) Jubilación, obligatoria u opcional, del trabajador; (viii) Mutuo Disenso entre Trabajador y Empleador.

- b) Respecto a Empleados Públicos: (i) Término de la relación del Empleo Público: Renuncia, Cese definitivo, Destitución; (ii) Faltas de carácter disciplinarias; (iii) La condena penal privativa de la libertad por delito doloso cometido por un servidor público; (iv) Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público: Pérdida de la nacionalidad, Incapacidad permanente física o mental, cuando sea preexistente, Ineficiencia o ineptitud comprobadas para el desempeño del cargo; (v) Por término del plazo convenido en el contrato de trabajo.
- c) Respecto a Empleados del Sector Educativo - Personal Docente, regulados por la Ley del Profesorado: Cese por las siguientes causas: Solicitud del empleado, Abandono injustificado del cargo, Incapacidad Física o mental permanente debidamente comprobada, Aplicación de sanción disciplinaria, Voluntariamente por tiempo de servicios: 25 años para mujeres y 30 años para varones incluyendo los estudios de formación profesional.
- d) Respecto a Miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales: Por sanción disciplinaria, Por solicitud del propio miembro de las Fuerzas Armadas o Policiales.

Sin perjuicio de lo anterior, La Compañía en las Condiciones Particulares de la Póliza podrá extender a casos no previstos por este condicionado.

**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 por escrito 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 efectuarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, en 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 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 certificada. 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 la resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha 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 reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 15 del Condicionado General.
- b. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 17 del Condicionado General.
- c. Por falta de pago de primas, en caso La Compañía opte por diferir la prima, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13 del Condicionado General.
- d. 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 no devengada se realizará a través del Contratante. 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:** El plazo para efectuar el aviso del siniestro será dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. El aviso del siniestro y la solicitud depara todas las coberturas deberán realizarse por escrito a los Centros de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del comercializador. Posteriormente, para la solicitud de cobertura, deberán presentarse los siguientes documentos:

- i) Para la cobertura de Desempleo Involuntario, el Beneficiario deberá presentar los siguientes documentos:
  - Para el caso de los Trabajadores del Sector Privado y Trabajadores Formales con Contrato Especial
  - a) Copia del Documento Nacional de Identidad. b) Copia de Carta de despido de la empresa (sellada y firmada). c) Original o copia certificada de la Constancia policial o de la autoridad administrativa de trabajo que den cuenta del despido de hecho o de facto producido, en caso de no presentar la carta de despido de la empresa. d) Declaración jurada con firma certificada manifestando que a la fecha del siniestro el Asegurado se encuentra en situación de desempleo. e) Copia de las tres (3) últimas boletas de pago. f) Copia de la Liquidación de Aportaciones al SNP emitida por el ex – empleador, en caso corresponda. g) Copia del Certificado de cotizaciones previsionales, emitido por la AFP del Asegurado en forma posterior al Desempleo, siempre y cuando este último

esté afiliado a dicho Sistema Previsional, en caso corresponda. h) En el caso de Contratos sujetos a modalidad, copia del Contrato de Trabajo firmado e inscrito en el Ministerio de Trabajo. i) Copia del comprobante del pago de la CTS, en caso corresponda.

• Para el caso de los Trabajadores del Sector Público y del Sector Educativo

a) Copia del Documento Nacional de Identidad. b) Número del Código Único de Identificación del Sistema Privado de Pensiones (CUSPP) o Constancia de estar inscrito en la ONP o Essalud. c) Copia de la resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador. d) Copia de la Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública). e) Declaración jurada con firma certificada manifestando que a la fecha del siniestro el Asegurado se encuentra en situación de Desempleo.

• Para el caso de los Miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales

a) Copia del Documento Nacional de Identidad. b) Copia de la resolución de cese o documento expedido por el Ministerio de Defensa o por el Ministerio del Interior, según corresponda. c) Copia de la liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por su Institución). d) Declaración jurada con firma certificada manifestando que a la fecha del siniestro el Asegurado se encuentra en situación de Desempleo.

#### **Acreditación de la continuidad del Desempleo**

En la medida que el pago del beneficio sea de carácter mensual, realizándose el primer pago del beneficio en un plazo no mayor a treinta (30) días de consentido el siniestro, el Asegurado deberá presentar mensualmente cualquiera de los documentos indicados a continuación, a fin de que se pueda corroborar que no existe alguna relación laboral vigente.

a) Para el caso de trabajadores que aporten al Sistema Privado de Pensiones, se deberá acreditar la continuidad del estado de desempleo mediante la presentación de la copia del Certificado de Cotizaciones a la AFP, con fecha de emisión posterior a la fecha de vencimiento de la cuota mensual reclamada. Se deberá presentar también una Declaración Jurada con firma certificada donde se afirme la continuidad del Desempleo.

b) Para el caso de trabajadores que aporten al Sistema Nacional de Pensiones bastará una Declaración Jurada con firma certificada donde se afirme la continuidad del Desempleo.

ii) Para la cobertura de Incapacidad Física Total y Temporal, el Beneficiario deberá presentar los siguientes documentos:

a) Copia del Documento Nacional de Identidad. b) Autorización del Asegurado para revisión de las historias clínicas. c) Acreditación de trabajador Independiente mediante la presentación de: copia del Certificado de Impuesto a la Renta o Copia de los 3 últimos recibos por Honorarios emitidos. d) Declaración Jurada con firma certificada que indique no tener un contrato de trabajo vigente. e) Original del Certificado suscrito por un médico colegiado con registro vigente en el que conste información sobre los días requeridos de reposo por incapacidad física total y temporal, detallando:

1. Causas de la incapacidad. 2. Diagnóstico definitivo. 3. Tratamiento realizado. 4. Pronóstico. 5. Número de Historia Clínica. 6. Clínica u Hospital donde recibió la atención. 7. Médico tratante. 8. Fecha de atención.

iii) Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad el Beneficiario deberá presentar los siguientes documentos:

a) Copia del Dictamen de Invalidez del COMAFP, COMEC o Certificado de Discapacidad. b) Original o copia certificada de los exámenes clínicos. c) Original o copia certificada de los informes médicos. d) Original o copia certificada del certificado médico. e) Original o copia certificada del atestado policial, de ser el caso. f) Original o copia certificada de la denuncia, de ser el caso. g) Original o copia certificada del dosaje etílico, de ser el caso. h) Copia del documento de identidad del Beneficiario.

iv) Para la cobertura de Fallecimiento Accidental, el Beneficiario deberá presentar la solicitud por escrito mediante carta simple adjuntando los siguientes documentos:

a) Original o copia certificada del Certificado(s) Médico(s) de defunción. b) Original o copia certificada del Acta o Partida de Defunción. c) Original o copia certificada del Atestado policial completo, en caso corresponda. d) Original o copia certificada del Examen(es) Químico (s) toxicológico(s) y de alcoholemia emitido(s) por el Instituto de Medicina Legal, en caso corresponda. e) Original o copia certificada del Protocolo(s) de necropsia completo(s), en caso corresponda. f) Original o copia certificada del Dosaje etílico, en caso se trate de un accidente de tránsito (únicamente si el Asegurado conducía el vehículo) g) En caso el Beneficiario no estuviese nombrado en la Solicitud-Certificado se deberá presentar el documento en el que se le designe como Beneficiario. h) Copia del Documento Oficial de Identidad del (los) Beneficiario(s).

v) Para la cobertura de Gastos Hospitalarios el Asegurado pagará el importe de los gastos de la clínica u hospital, y presentará original del comprobante de pago de los gastos médicos a La Compañía, quien los reembolsará por concepto del tratamiento médico incluyendo medicinas y exámenes especializados. Asimismo, para la solicitud de la presente cobertura el Asegurado deberá presentar original o copia certificada del informe médico, recetas, solicitudes de exámenes y resultados de los mismos. Los gastos por hospitalización no excederán del máximo de días ni del monto máximo establecido en el Condicionado Particular y en el presente documento por día de hospitalización.

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, desde la presentación de todos los documentos detallados en la póliza, 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 Comercializador. En caso, el Contratante, Asegurado, Beneficiarios 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, será de aplicación el Artículo N° 14, quedando la Solicitud-Certificado resuelta. Para ello La Compañía, al momento de detectar la ocurrencia de los supuestos antes mencionados, mediante carta formal comunicará al Asegurado su decisión de resolver la Solicitud-Certificado en virtud de lo aquí establecido.

El pago definido en el Condicionado Particular o Solicitud – Certificado del seguro cesará:

1. Por el sólo hecho de haberse reincorporado el Asegurado a una nueva relación laboral bajo vínculo de subordinación, dependencia y remunerativo, sin importar el plazo y el tipo de dicha relación laboral. 2. Por el sólo hecho de que el Asegurado se dedique en forma independiente a efectuar labores remuneradas, sean ellas de carácter formal o informal. 3. Por jubilación legal, anticipada o no, del Asegurado. 4. Por fallecimiento del Asegurado.

En la presente póliza, entiéndase que la “copia certificada” hace referencia a la certificación de reproducción notarial, de conformidad con el Artículo N° 110 del Decreto Legislativo N° 1049.

Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de diez años desde que ocurrió el siniestro.

Cabe precisar que con respecto de la solicitud de activación de la cobertura de Fallecimiento Accidental, el plazo de prescripción para la presentación de dicha solicitud por parte del beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

**PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS:** Podrás realizar cualquier reclamo y/o requerimiento a través de nuestros canales de atención. La respuesta se comunicará al cliente en un plazo máximo de 30 días calendario de recibido según el medio de respuesta pactado. 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

##### **Arequipa**

Mz. D Lote 1, Urb. Los Cedros - Yanahuara, Arequipa

Central de Atención al Cliente (Arequipa): 054-603101

##### **Chiclayo**

Calle Los Dulantos N° 110, Urb. Santa Victoria, Chiclayo

Central de Atención al Cliente (Chiclayo): 074-232512

**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: 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 N° 307, Piso 9, San Isidro, Lima – Perú; Telefax: 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 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.
- 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. 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 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 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

**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, comunicando su decisión a

los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o 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 dentro de los treinta (30) días siguientes contados desde la recepción de la solicitud, 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.
- El Asegurado autoriza al Contratante a descargar el costo de la prima única del presente seguro de su préstamo otorgado a través de la tarjeta de crédito emitida por el Contratante.
- 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.

### 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 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 La Compañía 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 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, se suscribe la presente a los ..... de ..... del 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 me hace identificable, y "datos sensibles" a aquellos datos personales referidos a la esfera más personal.