



N° _____

Solicitud de Seguro de Desgravamen de Tarjeta de Crédito

Código SBS N° VI2027400111

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

 XXXXXX (US\$) XXXXXX (S/.)**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 **Departamento:** Lima
Centro de Atención al Cliente (Lima): Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro
Teléfono: 611-4700 **Fax:** 611-4720 **Correo electrónico:** servicios@interseguro.com.pe

DATOS DEL CONTRATANTE / BENEFICIARIO

Denominación o Razón Social: XXXXXXXXXXXX **RUC:** XXXXXXXXXXXX
Dirección: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX **Provincia:** XXXXX
Departamento: XXXXXXXX **Teléfono:** XXX-XXXX

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

El Asegurado de la presente Solicitud-Certificado es el Titular de la Tarjeta de Crédito. Los datos personales del Asegurado son los mismos consignados en el Contrato de Tarjeta de Crédito de XXXXXXXXXXXX.

Relación con el Contratante: Cliente que mantiene una Tarjeta de Crédito con el Contratante

DATOS DE LA PÓLIZA

Tipo de Riesgo: Desgravamen **Moneda:** La misma pactada en el Contrato de la Tarjeta de Crédito

Fecha de inicio de vigencia: Desde las 00:00 horas de la fecha de haber firmado el Contrato de Tarjeta de Crédito
Fecha de término de vigencia: Hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución, o hasta el xx/xx/xx lo que ocurra primero.

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

Relación del Asegurado con el Contratante: Cliente titular suscrito en el Contrato de la Tarjeta de Crédito

MONTO DE PRIMA COMERCIAL

Frecuencia: Mensual

Monto de Prima Comercial: Según el siguiente cuadro.

Tipo de Tarjeta de Crédito	Monto de Prima Comercial	Tipo de Tarjeta de Crédito	Monto de Prima Comercial
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX
XXXXXX	X.XX	XXXXXX	X.XX

Lugar y forma de pago: Según las condiciones pactadas al momento de suscribir el contrato de la Tarjeta de Crédito.

IMPORTANTE:

- El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la Póliza a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (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 empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

- La Compañía es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas en la póliza. En este sentido, La Compañía es la responsable de todos los errores u omisiones que incurra la empresa del sistema financiero con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
- 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 Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES

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

El Asegurado expresa su consentimiento para que los datos personales (*), que brinde a INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante La Compañía) o que sean recabados por éste, como consecuencia de la presente relación contractual, sean tratados (almacenados, registrados, transferidos, analizados, entre otros, según definición de Ley N°29733) a fin de brindar y mantener un nivel de servicio adecuado para el Asegurado. Asimismo, el Asegurado autoriza a Interseguro a obtener del Contratante información sobre sus datos personales necesarios para la presente contratación; y al Contratante a brindarla.

Adicionalmente, el Asegurado expresa su consentimiento para: (i) transferir su información, de acuerdo al Código de Conducta (**) establecido con sus empresas subsidiarias y empresas del grupo Intercorp; (ii) recibir información adicional sobre promociones, publicidad y descuentos de los distintos productos, servicios y beneficios ofrecidos por La Compañía así como por sus subsidiarias.

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

Es importante señalar que los clientes y/o asegurados cuentan con los mecanismos legales suficientes para hacer valer sus derechos en caso éstos se vean perjudicados, tales como recurrir ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales o al Poder Judicial de ser el caso. La base de datos (Banco de Datos) de La Compañía se encontrará ubicada en las instalaciones de La Compañía. Asimismo en caso los clientes y/o asegurados deseen ejercer sus derechos (derecho a la información, acceso, actualización, rectificación, supresión o cancelación, oposición y tutela de sus datos personales) podrán dirigirse a Av. Paseo de la República N° 3071, Distrito de San Isidro, Lima.

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

Firma del Asegurado Titular	Firma de Representante de La Compañía
Firma del Asegurado Mancomunado (***)	Lugar y fecha

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

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

(***) Sólo en caso aplique

