

Solicitud - Certificado de Seguro Temporal en Grupo Vea Vida
 Código SBS N° VI2027200104 | Póliza N° 5000012 (Nuevos Soles)
 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

DATOS DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: Interseguro Compañía de Seguros S.A. RUC: 20382748566
 Dirección: Av. Pardo y Aliaga N° 634, San Isidro Provincia: Lima 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

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 Otros:	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.:	Residencia:	Distrito:	Provincia:
Departamento:	Teléfono Fijo:	Celular:	Correo electrónico:		
Ocupación:	Estado Civil: 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					

BENEFICIARIO

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Nro. Documento	Relación con el Asegurado	% distribución

MONTO DE PRIMA COMERCIAL

Edad del Asegurado	Plan A (Mensual)	Plan B (Mensual)
18 – 40 años	<input type="checkbox"/> S/. 9.30	<input type="checkbox"/> S/. 18.00
41 – 50 años	<input type="checkbox"/> S/. 14.70	<input type="checkbox"/> S/. 36.00
51 – 64 años	<input type="checkbox"/> S/. 32.10	<input type="checkbox"/> S/. 90.00

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: "Grupo Vea Vida"

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 Vendedor	Firma Vendedor	Fecha: / /
Cod. Tienda		dd / mm / aaaa

DATOS DE LA POLIZA

Tipo de Riesgo: Vida Grupo Particular Moneda: Según lo pactado por el Asegurado de acuerdo al plan de seguro 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 de ___/___/___ o hasta culminar el mes que cumple la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero

Plazo de vigencia: Anual, renovable automáticamente hasta culminar el mes que cumple los 65 años de edad, salvo que se aplique el procedimiento del Artículo N° 8 del Condicionado General.

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

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS		INDEMNIZACIÓN	Plan A	Plan B
1.	Fallecimiento natural o accidental	Monto total a 60 meses	S/. 24,000	S/. 69,000
2.	Invalidez parcial o total permanente por accidente			
		Forma de indemnización	Plan A	Plan B
		Capital al contado	S/. 6,000	S/. 15,000
		Renta mensual (*)	S/. 300	S/. 90

(*) Las coberturas son calculadas a 60 meses.

CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O COASEGURO: No aplican para el presente seguro.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: El presente seguro pagará la indemnización inicial por única vez dentro de los primeros treinta (30) días de consentido el siniestro y una pensión mensual mediante vales de consumo redimibles en el (los) establecimiento(s) comercial(es) indicado(s) en la presente Solicitud-Certificado de seguro y en las Condiciones Particulares. El monto de indemnización inicial y la pensión, así como el periodo, es de acuerdo al plan y moneda contratado por el Asegurado. Los planes, periodos y tipo de moneda están señalados en las Condiciones Particulares y la presente Solicitud-Certificado de seguro.

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

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

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA: En los términos de la presente Póliza, las Sumas Aseguradas señaladas en las Condiciones Particulares, capital al contado y pensiones mensuales, serán pagadas por La Compañía a los Beneficiarios en caso de fallecimiento (natural o accidental) del Asegurado, si éste ocurre durante la vigencia de la Póliza, o al Asegurado por invalidez permanente, total o parcial, a causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, y siempre que el fallecimiento o la invalidez permanente, total o parcial, no sea consecuencia de una causa considerada en las exclusiones de la misma. La pensión se pagará mensualmente mediante vales de consumo redimibles en el (los) establecimiento(s) comercial(es) indicado(s) en las Condiciones Particulares y de acuerdo a la periodicidad y monto indicado en las Condiciones Particulares. El capital Asegurado adicional y/o el capital Asegurado por Invalidez Permanente Parcial por Accidente especificado en las Condiciones Particulares se pagarán al contado luego de la evaluación del expediente. Los alcances de cada cobertura se describen a continuación:

- Fallecimiento Natural:** En virtud de esta cobertura La Compañía pagará a los Beneficiarios las Sumas Aseguradas indicadas en las Condiciones Particulares, siempre que el fallecimiento del Asegurado se haya producido durante la vigencia de esta Póliza y por una causa no considerada en las exclusiones de la Póliza.
- Fallecimiento Accidental:** En virtud de esta cobertura La Compañía pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado especificado en las Condiciones Particulares 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 trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

La cobertura de Fallecimiento Accidental es excluyente de la cobertura de Fallecimiento Natural.

Las coberturas de Fallecimiento Natural y Fallecimiento Accidental no son acumulativas.

- Invalidez Permanente, Total o Parcial, por Accidente:** En virtud de esta cobertura, La Compañía pagará la Suma Asegurada especificada en las Condiciones Particulares o un porcentaje de ésta según corresponda, cuando la lesión, producto de un accidente y por una causa no considerada en las exclusiones de la Póliza, no ocasione la pérdida de la vida del Asegurado sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los trescientos sesenta y cinco (365) días contados desde su ocurrencia y se cumplan las condiciones siguientes: Que el Asegurado se encuentre incapacitado en forma permanente para desempeñarse en cualquier ocupación o trabajo remunerado o para emprender cualquier negocio lucrativo; y Que La Compañía haya determinado fehacientemente que dicha incapacidad sea permanente de acuerdo al Artículo N° 18 Determinación de La Invalidez permanente total o parcial por accidente.

- Invalidez Total y Permanente por Accidente.** - Se considerará que la invalidez es total y permanente y consiguientemente la Compañía pagará el 100% de la Suma Asegurada para la cobertura de invalidez cuando el Asegurado se encontrara total y permanentemente incapacitado o impedido de desempeñar cualquier ocupación o trabajo remunerado o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, o presentara el debilitamiento irreversible de sus fuerzas físicas o intelectuales de a lo menos dos terceras (2/3) partes de su capacidad de trabajo, siempre que sea determinado conforme al procedimiento descrito en el Artículo N° 18 de las Condiciones Generales.

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.

ii) **Invalidez Parcial y Permanente por Accidente.**- Se considerará Invalidez Parcial y Permanente por Accidente las pérdidas anatómicas o funcionales descritas a continuación. En estos casos, la Compañía indemnizará al Asegurado una fracción del Capital Asegurado por Invalidez Parcial y Permanente por Accidente, la cual se determinará de acuerdo a la siguiente tabla.

- El 100% por la pérdida total de: la visión de ambos ojos, o ambos brazos o ambas manos, o ambas piernas o ambos pies, o una mano y un pie.
- El 50% por la pérdida total de: la audición completa de ambos oídos, o un brazo, o una mano, o una pierna, o un pie o, la visión de un ojo en caso que ya existiera ceguera total del otro, antes de contratar esta Póliza.
- El 35% por la pérdida de: La visión de un ojo en caso que no existiera ceguera total del otro, antes de contratar esta Póliza.
- El 25% por la pérdida total de: La audición completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido sordera del otro, antes de contratar esta Póliza.
- El 20% por la pérdida total del: Pulgar derecho o izquierdo.
- El 15% por la pérdida total del: Índice derecho o izquierdo.
- El 13% por la pérdida total de: la audición completa de un oído en caso de que el Asegurado no hubiese tenido sordera del otro, antes de contratar esta Póliza
- El 5% por la pérdida total de: cualquiera de los otros dedos de la mano
- El 3% por la pérdida total de: un dedo del pie, o falange distal
- La pérdida de cada falange se calculará en forma proporcional en función de las falanges que tenga el dedo. El pago por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos o falanges perdidos.

El total de pagos provenientes de la invalidez parcial o total y permanente por accidente, no podrá en ningún caso exceder el 100% del capital Asegurado por concepto de esta cobertura. La prima se devengará hasta la fecha estipulada en las Condiciones Particulares o hasta la fecha de fallecimiento o invalidez permanente Total o Parcial por Accidente del Asegurado, lo que ocurra primero. 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.

DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL O PARCIAL POR ACCIDENTE: En caso de no presentar el Dictamen de Invalidez del COMAFP o COMEC La Compañía examinará al Asegurado con la finalidad de determinar la certeza, naturaleza y gravedad de la invalidez. En este sentido, luego de presentada la documentación para la solicitud de la cobertura por invalidez, La Compañía requerirá el examen médico al Asegurado dentro de los cinco (5) días siguientes.

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, de realizado el examen médico, si se ha producido la Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente de un Asegurado. Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen de La Compañía podrá apelar el mismo dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de La Compañía. En este caso, el grado de la Invalidez será evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos elegidos por el Asegurado, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por La Compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un (1) año como miembros titulares del Comité Médico de las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMAFP) o del Comité Médico Central de la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMEC). La Compañía tendrá veinte (20) días para realizar la evaluación. La junta médica evaluará el grado de invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Póliza y a las normas que regulan la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones conforme a lo dispuesto por el Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones aprobado mediante Decreto Supremo No. 054-97-EF y su Reglamento, así como las normas complementarias, modificatorias. Para los efectos de esta cobertura, las comunicaciones entre La Compañía y el Asegurado, y viceversa, se harán mediante comunicación escrita al domicilio consignado por ambas partes en la Solicitud – Certificado.

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO A fin de gozar las coberturas establecidas en la Póliza, el Asegurado debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) **Tener residencia en la República del Perú.**
- b) **No haber sido diagnosticado de alguna enfermedad preexistente a la solicitud de afiliación al seguro.**
- c) **No encontrarse Incapacitado Total y Temporalmente por causa de una enfermedad o accidente al momento de la afiliación a la póliza.**
- d) **Edad.- Podrán asegurarse bajo la presente modalidad de seguro, las personas que tengan las edades mínima y máxima de ingreso establecidas en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado de Seguro.**

CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES: Durante la vigencia del contrato La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante y Asegurados dichos cambios para que en el plazo de 45 días éste pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. 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: Por tratarse de un seguro grupal el pago de la prima estará a cargo del Contratante, quien recargará dicho pago en el Asegurado. Dicho pago deberá realizarse en el plazo señalado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud - Certificado de Seguro, hasta el término del período.

Las primas y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares o en la Solicitud-Certificado.

Todas las primas correspondientes a la póliza deberán ser pagadas por adelantado en las fechas estipuladas, a través de las instituciones bancarias y financieras autorizadas para el cobro, conforme a la modalidad de pago elegida por el Contratante y consignada en las referidas Condiciones Particulares.

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 Contratante y Asegurado, 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.

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.

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 devengadas por el período efectivamente 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 Comercializador tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía.

EXCLUSIONES: Este seguro no cubre los riesgos de Fallecimiento e Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente, si el fallecimiento o la incapacidad del Asegurado fueran causados por:

- a. 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.
- b. 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 alícuota correspondiente de la Suma Asegurada.
- c. Participación activa en pleitos, grescas, peleas, agresiones físicas, en forma individual y/o conjunta, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se trató de un acto de legítima defensa. En caso no se emita sentencia, el análisis se realizará en función del atestado policial y de ser el caso, cualquier otro documento que esclarezca los hechos.
- d. Participación individual o conjunta en movilizaciones, manifestaciones, mítines que conlleve la alteración de la tranquilidad pública en el que se incurran en actos riesgosos para la integridad física y salud del Asegurado.
- e. Pena de muerte o fallecimiento producida por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.
- f. 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.
- g. Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.
- h. Participación activa en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.
- i. 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, 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.
- j. 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 o estupefaciente, 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.
- k. Intoxicación.
- l. Desempeñarse el Asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, chóferes profesionales en rutas rurales interprovinciales, chóferes de taxi, mototaxi, operadores de maquinaria pesada, en construcción, policías, militares, vigilantes o guardaespaldas, pasajeros de líneas aéreas no regulares, transportista de líquidos inflamables o sustancias corrosivas, minero de socavón, bomberos, corresponsal de guerra, cambista ambulatorio.

- m. 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; y el de intervenir en viajes submarinos.
- n. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
- o. 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.
- p. Enfermedades preexistentes o Accidentes producidos con anterioridad al inicio de la afiliación a la presente 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.
- q. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- r. Cualquier tipo de enfermedad mental y del comportamiento.
- s. Una infección oportunística, o neoplasia maligna, si al momento del fallecimiento o enfermedad el Asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Con tal propósito, se entenderá por:
 - “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”, lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud, y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de inmunodeficiencia adquirida.
 - “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” debe incluir Encefalopatía (demencial) de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y Síndrome de Desgaste por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).
 - “Infección Oportunística” incluye, pero no debe limitarse a, Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vinca o Infección Microbacteriana Diseminada.
 - “Neoplasia Maligna” incluye, pero no debe limitarse a, al Sarcoma de Kaposi, al linfoma del Sistema Nervioso Central, o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de fallecimiento en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

Adicionalmente, este seguro aplica las siguientes exclusiones para la cobertura de Invalidez Permanente Total o Parcial por accidente:

- a. Infecciones bacterianas, excepto aquéllas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- b. Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones cubiertas por esta Póliza.
- c. Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
- d. Exámenes médicos para descartar enfermedades
- e. Cirugía plástica o cosmética.

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 en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de La Compañía (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 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° 7 del Condicionado General.
- c. Si reclaman fraudulentamente o se apoyan en documentos o declaraciones falsas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 17 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. El Asegurado tiene derecho a revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento, en caso el Contratante y el Asegurado sean personas distintas. En este supuesto la cobertura cesa desde la recepción de dicho documento y la prima no devengada será devuelta.

- f. 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: A la ocurrencia de un siniestro, el Contratante, Asegurado o 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. Cabe precisar que el incumplimiento de este plazo no afectará los derechos indemnizatorios del beneficiario.

Posteriormente, a fin de solicitar la cobertura, el Asegurado y/o Beneficiario deberá presentar la siguiente documentación:

Fallecimiento Natural o Accidental: El (los) beneficiario(s) o la persona que está actuando en su representación deben acercarse al Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o del Comercializador con los siguientes documentos:

- a. Carta simple dirigida a la Compañía solicitando el pago de la suma asegurada.
- b. Copia simple del DNI de (los) Beneficiario (s) o Partida de nacimiento, según sea el caso.
- c. Original o copia legalizada de la denuncia policial, según sea el caso.
- d. Original o copia legalizada del Certificado médico de defunción.
- e. Original o copia legalizada del Acta o Partida de Defunción del Asegurado;
- f. Original o copia legalizada del Atestado policial completo.
- g. Original o copia legalizada del Certificado y/o Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda.
- h. Original o copia legalizada del Resultado del examen de Dosaje Etílico, en caso corresponda.
- i. Original o copia legalizada del Resultado del examen Toxicológico en caso corresponda.

Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente del Asegurado: El Asegurado podrá exigir el pago de las Sumas Aseguradas presentando al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía o al Comercializador los documentos que se indican a continuación:

- a. Carta simple dirigida a la Compañía solicitando el pago de la Suma Asegurada.
- b. Copia simple del DNI del Asegurado.
- c. Original o copia legalizada del Resultado del examen de Dosaje Etílico, en caso corresponda.
- d. Original o copia legalizada del Resultado del examen Toxicológico, en caso corresponda.
- e. Original o copia legalizada del dictamen de invalidez del COMAFP o COMEC, caso contrario se aplicará el procedimiento establecido en el Artículo N° 18 "Determinación de la Invalidez".

En caso de Invalidez Permanente Parcial o Total por Accidente, 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, conforme al procedimiento señalado en el Artículo N° 18 del presente condicionado. Es imprescindible la presentación de todos los documentos requeridos por La Compañía para la solicitud de cobertura. Si el Asegurado falleciera a consecuencia directa e inmediata de un accidente, durante o después del periodo de pago por Invalidez Permanente ocasionado por el mismo accidente, la Compañía pagará la suma asegurada respectiva al Beneficiario por concepto de cobertura de Fallecimiento por Accidente previa deducción de lo pagado por Invalidez Permanente a la fecha de ocurrencia del deceso del Asegurado.

En todas las coberturas, de requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado o Beneficiario, 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, aprobar o rechazar el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada. El plazo para efectuar la solicitud de cobertura será el plazo prescriptorio legal vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro. 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 treinta (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

Arequipa

Av. Víctor Andrés Belaunde Mz. B Lote 3, Umacollo

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 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, 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

- 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 Contratante y 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 el Comercializador 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 Comercializador, 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 Comercializador, 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. 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) así como en el

portal 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: serivcios@interseguro.com.pe.

En señal de conformidad a todos los acuerdos contenidos en el presente documento, se suscribe la presente a losdías 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.