

Solicitud - Certificado de Vida Estudios Plus
 Código SBS N° VI2027220036 | Póliza N° 5000026 (Soles)

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 <input type="checkbox"/> 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:
Departamento:	Teléfono Fijo:	Celular:	Provincia:
Ocupación:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>	Correo electrónico:	

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 (*)

Prima comercial mensual S/. 4.00

(*) 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, el Asegurado puede solicitarle las Condiciones Generales y Condiciones Particulares a La Compañía o acceder al mismo a través de la página web www.interseguro.com.pe o a través del Portal del Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

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: **"Vida Estudios Plus"** **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 PÓLIZA

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 las fechas establecidas en las Causales de Resolución, lo que ocurra primero.
Plazo de vigencia:	Anual, renovable automáticamente hasta culminar el mes que cumple los 65 años de edad
Lugar y forma de pago:	De acuerdo a lo pactado con el Asegurado.

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS		INDEMNIZACIÓN	MONTO
1.	Fallecimiento accidental	Indemnización al contado	S/. 5,000
		Renta mensual (*)	S/. 500
		Monto total a 60 meses	S/. 35,000

(*) 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: Proteger al Asegurado y Beneficiarios contra pérdidas económicas a causa de Fallecimiento del Asegurado.

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

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

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA: En los términos de la presente póliza, la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares será pagada por la Compañía a los Beneficiarios después del Fallecimiento del Asegurado, siempre que el Fallecimiento del Asegurado se haya producido como consecuencia directa o inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y no esté expresamente excluido. Se entenderá como Fallecimiento Accidental a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES: Durante la vigencia del contrato La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante 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.

PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DE INCUMPLIMIENTO: Las primas y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza y figuran en el Certificado de Seguro. Todas las primas correspondientes a la póliza deberán ser pagadas por adelantado por el Contratante en las fechas estipuladas. En caso de incumplimiento en el pago de primas, la Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente, resolver el contrato de seguros de acuerdo a lo establecido en el Artículo N° 21 de la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946. En todo caso, si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía. Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, la Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagas, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento.

EXCLUSIONES: Se excluye de su cobertura y no se cubre el fallecimiento del Asegurado que ocurra a consecuencia de: a) Suicidio, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro o desde la rehabilitación de la Póliza; b) Pena de muerte o muerte producida por la participación activa del asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice; c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o partícipe, 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; d) 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; e) 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; f) Participación en pleitos, grescas, peleas, agresiones físicas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se trató de un acto de legítima defensa; g) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo caso de tratamiento médico; h) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo cuando el asegurado viaje como pasajero en un avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular; o intervenir en viajes submarinos; i) Efectos de drogas o alucinógenos o estupefacientes,

así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente; j) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo; k) Consecuencia de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de este seguro; l) 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; m) 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.

SOLICITUD DE TÉRMINO ANTICIPADO DE CONTRATO: El Asegurado podrá solicitar la terminación anticipada de su afiliación al contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión por escrito con una anticipación no menor a **30** días calendario, adjuntando la siguiente documentación: **a)** Carta dirigida al Contratante o a la Compañía Aseguradora en la que se manifieste expresamente su deseo de terminar anticipadamente su afiliación al contrato; **b)** Original y copia del Documento Nacional de Identidad. Dicho trámite es estrictamente personal, en los centros de Servicio de Atención al Cliente, en los que figuran detallados en la web de la Compañía (www.interseguro.com.pe), o en el domicilio del Contratante, según sea el caso. 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. 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 terminación anticipada, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO: La presente póliza quedará resuelta, perdiendo todo derecho emanado de la misma, cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales: **a)** Por solicitud de terminación anticipada por parte del Contratante, según el procedimiento establecido en el Artículo N°14 de las Condiciones Generales; **b)** Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima establecida en las Condiciones Particulares en cuyo caso la póliza quedará resuelta automáticamente sin necesidad de comunicación alguna; **c)** Si reclaman fraudulentamente o se apoyan en documentos o declaraciones falsas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 15 de las Condiciones Generales; **d)** Por falta de pago de prima, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 10 de las Condiciones Generales. En los casos establecidos en los literales a y b, debido a que la prima se paga por adelantado, se devolverán las primas que fueron pagadas y que otorgan cobertura desde el período siguiente a la fecha en la que se solicitó la resolución del Contrato.

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA: Al fallecimiento accidental del Asegurado, los Beneficiarios de la Póliza, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago de la Suma Asegurada, presentando los siguientes documentos [en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o al Contratante:](#) **a)** Partida o Acta de Defunción del Asegurado; **b)** Certificado Médico de Defunción del Asegurado; **c)** Copia del documento de identidad de la persona Asegurada fallecida; **d)** Historia clínica completa; **e)** Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de La Compañía; **f)** Copia del Documento de identidad del (los) Beneficiario(s) del seguro; **g)** Documento que acredite la calidad del (los) Beneficiario(s) del seguro, de ser necesario; **h)** Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal de ser el caso; **i)** Protocolo de Necropsia; **j)** Resultado de dosaje etílico; **k)** Resultado de Análisis Toxicológico. El plazo para efectuar la solicitud de la cobertura será el plazo prescriptorio legal vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro. En caso, el Contratante, 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 o para derivar beneficios de la presente póliza, será de aplicación el Artículo N° 13 de las Condiciones Generales, quedando el presente contrato resuelto automáticamente. Para ello la Compañía, al momento de detectar la ocurrencia de los supuestos antes mencionados, mediante carta formal comunicará al Contratante o Beneficiarios su decisión de resolver la póliza en virtud de lo aquí establecido.

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS: Los requerimientos y/o reclamos serán recibidos, en cualquier momento, vía fax, correo, llamadas telefónicas o correo electrónico en cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente. La respuesta de los mismos será comunicada al cliente por medio escrito, en un periodo no mayor de **30** días desde la recepción de la solicitud. **El área de Atención al Cliente es la encargada de atender los reclamos.**

Centros de Atención al Cliente

Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro

Central de Atención al Cliente (Lima): 611-9230, Fax: 611-9255

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

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante o Asegurado podrá acudir a los siguientes mecanismos de solución de controversias: **(i)** 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: Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima – Perú; Telefax: 446-9158); **(ii)** 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); **(iii)** Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840; y, **(iv)** Arbitraje: 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, que exceda el límite previsto en el Reglamento de Pago de siniestros u otro que lo sustituya, será resuelta mediante un arbitraje de derecho.

IMPORTANTE:

- El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la póliza del seguro a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de **15 días calendario**, desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- En la presente Solicitud-Certificado se encuentra contenido el resumen de la póliza del seguro, la cual el Asegurado declara haber recibido.
- La Compañía es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas en la póliza. En este sentido, la Compañía es la responsable de todos los errores u omisiones que incurra la empresa del sistema financiero con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
- La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Asegurado que produzcan atrasos en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.
- Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Contratante, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiera dirigido a La Compañía, así como los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante, se consideran abonados a La Compañía.
- **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO: Dentro de un plazo no mayor de 15 días contados desde que el Asegurado recibe el Certificado de Seguros, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, comunicando su decisión al Centro de Atención al Cliente de la Compañía o al domicilio del Contratante, quien devolverá la prima recibida.**
- 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 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: (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 los acuerdos anteriormente mencionados, 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.

(**) 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.