

**Solicitud - Certificado de Seguro Temporal en Grupo Vea Accidentes**

Código SBS N° AE2026100102

Póliza N° 5000010 (S/.)

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

**DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**
**Denominación o Razón Social:** Interseguro Compañía de Seguros S.A.

**RUC:** 20382748566

**Dirección:** Av. Pardo y Aliaga N° 634, San Isidro

**Provincia:** Lima

**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 Peru - Interbank

**RUC:** 20100053455

**Dirección:** Jr. Carlos Villarán N° 140, Urb. Santa Catalina, La Victoria

**Provincia:** Lima

**Departamento:** Lima

**Teléfono:** 311-9000

**DATOS DEL ASEGURADO**
**Apellido Paterno:**
**Apellido Materno:**
**Primer Nombre:**
**Segundo Nombre:**
**Tipo Doc. Identidad:**
**N° Doc. Identidad:**
**Sexo:**
**Fecha de Nacimiento:**
 DNI  CE  Otro

 M  F

 Día   Mes   Año    
**Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):**
**N° / Mz. / Lt:**
**Dpto. / Of. / Int.:**
**Distrito:**
**Provincia:**
**Departamento:**
**Teléfono Fijo:**
**Celular:**
**Correo electrónico:**
**Ocupación:**
**Estado Civil:**

 Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  Conviviente 
**Relación del Asegurado con el Contratante:** Cliente del Contratante

**BENEFICIARIOS**

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

**Nota:** La suma de los porcentajes de los Beneficiarios debe sumar 100%.

**MONTO DE PRIMA COMERCIAL**

PLAN	Prima comercial mensual
Plan A: Pensión de S/. 300 por 5 años (*) + S/. 6,000 de Capital al Contado	<input type="checkbox"/> S/ 7.65
Plan B: Pensión de S/. 900 por 5 años (*) + S/. 15,000 de Capital al Contado	<input type="checkbox"/> S/ 12.60

(\*) El pago de la pensión se efectuará en vales de consumo o cheques.

**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 Accidentes" **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**

<b>Registro Vendedor</b>	<b>Firma Vendedor</b>	<b>Fecha:</b> / /
<b>Cod. Tienda</b>		dd / mm / aaaa

**DATOS DE LA PÓLIZA**
**Tipo de Riesgo**

Accidentes Personales

**Moneda**

Según lo pactado por el Asegurado de acuerdo al plan de seguro elegido

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

**Fecha de término de vigencia:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ o hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución, la que ocurra primero.

**Plazo de vigencia:** Anual, con renovación automática hasta culminar el mes que cumple los 70 años de edad.

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

### COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS	FORMA DE INDEMNIZACIÓN	Plan A	Plan B
– Fallecimiento Accidental – Invalidez Permanente Total o Parcial por accidente	Capital al Contado	S/ 6,000	S/ 15,000
	Vale de Consumo Mensual(*)	S/ 300	S/ 900
	Monto total a 60 meses	S/ 24,000	S/ 69,000

(\*) Las coberturas son calculadas a 60 meses.

### CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

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

**DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO:** El presente seguro pagará el Capital al Contado por única vez y la pensión mediante vales de consumo redimibles en el (los) establecimiento(s) comercial(es) indicado(s) de acuerdo al Plan elegido y a la periodicidad indicada en las Condiciones Particulares, en caso de fallecimiento accidental o invalidez permanente total o parcial por accidente del Asegurado y siempre que la póliza se encuentre vigente al momento del siniestro.

**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 70 años

**DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA:** En los términos de la presente Póliza, las sumas aseguradas señaladas en las Condiciones Particulares, esto es: capital al contado por única vez y pensiones mensuales de acuerdo al plan y periodo elegido por el Asegurado, serán pagadas por La Compañía, si cualquiera de los eventos abajo descritos ocurre, como consecuencia directa e inmediata de lesiones sufridas causadas por un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza o por una causa no considerada en las exclusiones de la misma. La pensión se pagará mediante vales de consumo redimibles en el (los) establecimiento(s) comercial(es) indicado(s) de acuerdo al Plan elegido por el Asegurado y a la periodicidad indicada en las Condiciones Particulares. El Capital Asegurado adicional y/o el Capital Asegurado por Invalidez Parcial Accidental especificado en las Condiciones Particulares, se pagará al contado luego de la evaluación del expediente. Los alcances de cada cobertura se describen a continuación: a) Fallecimiento Accidental: En virtud de esta cobertura La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada especificada en las Condiciones Particulares, después de recibidas y aprobadas por parte de La Compañía las pruebas y exámenes establecidos en el Artículo N° 13 de las Condiciones Generales mediante los cuales se acredite que el fallecimiento del Asegurado se produjo como consecuencia directa o inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza y por una causa no considerada en las exclusiones de la Póliza. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquél que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente. b) 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 ocurrido durante la vigencia de esta Póliza 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 dentro de los dos (2) años siguientes al accidente y se cumplan las condiciones siguientes: Que el Asegurado haya sufrido lesiones o 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° 14 Determinación de La Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente del Condicionamiento General.

- i. *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 o en un porcentaje igual o superior al 66,67%, de su capacidad de trabajo. 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. 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. La determinación de la invalidez se realizará de acuerdo a lo establecido en el Artículo N° 14 de las Condiciones Generales.
- ii. *Invalidez Parcial y Permanente por Accidente*: Se considerará Invalidez Parcial y Permanente por Accidente la pérdida anatómica o funcional descrita a continuación. En estos casos, La Compañía indemnizará al Asegurado una fracción del Capital Asegurado para Invalidez Parcial y Permanente por Accidente contratado, 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. La indemnización 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 Total o Parcial y Permanente por Accidente, no podrá en ningún caso exceder el 100% del Capital Asegurado por concepto de esta cobertura.

**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 evaluado 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.

**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 45 días éste pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante será de forma previa 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 respecto de las modificaciones efectuadas al Contratante y éste deberá ponerlas en conocimiento de los Asegurados.

**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 de la Póliza y 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 al 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 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 correspondientes al período efectivamente cubierto, incluyendo además la mora establecida en las Condiciones Particulares de la presente Póliza. Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía. Sin perjuicio de lo expuesto, La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Asegurado que produzcan atrasos en el pago de la prima. El pago de primas cesa a la fecha de vencimiento de la Póliza o con el Fallecimiento Accidental del Asegurado, si esto ocurre antes.

**EXCLUSIONES:** 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 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; 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 producido 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, 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 o desde la rehabilitación de la póliza; g) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Fuerzas Policiales de cualquier tipo. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza; h) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado; i) 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; j) La práctica o desempeño de actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia. Se entenderá la realización o práctica 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; k) Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente; 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, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por La Compañía en la Póliza; m) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo cuando el Asegurado viaje como pasajero en transporte aéreo de servicio público autorizado; o intervenir en operaciones o viajes submarinos; n) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo 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, así como anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro y que sean causa de Invalidez permanente y/o fallecimiento; q) Infecciones bacterianas, excepto aquellas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación como consecuencia de un accidente; r) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan; s) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones cubiertas por esta Póliza; t) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo; u) Exámenes médicos para el descarte de enfermedades; v) Cirugía plástica o cosmética; w) Enfermedades mentales y del comportamiento; y, x) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de inmunodeficiencia adquirida.

**SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA:** El Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa al contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión a través de los mismos mecanismos utilizados para la contratación del seguro 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 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)), o 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 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 del mes siguiente 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.

**CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO:** 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° 13 de las Condiciones Generales. b) Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a 30 días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 16 de las Condiciones Generales. c) Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 9 de las Condiciones Generales. d) Si durante el plazo de 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. e) En caso de que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante o que no se pronuncie sobre el mismo, cuando el Contratante y/o Asegurado incurren en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro.

En caso el Contratante optase por la resolución del Contrato, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado. En los demás casos mencionados La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada deduciendo los gastos administrativos correspondientes, los cuales serán debidamente sustentados.

**AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA:** El siniestro deberá ser comunicado a La Compañía por escrito a los Centro de Servicio 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, según corresponda.

**Procedimiento para Fallecimiento Accidental:** El(Los) beneficiario(s) o la persona que está actuando en su representación deben acercarse a la oficina de Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o al Comercializador con los siguientes documentos: a) Carta simple dirigida a La Compañía solicitando el pago de la Suma Asegurada; b) Original de la denuncia policial; c) Copia del DNI del (los) Beneficiario(s); u original o copia legalizada de Partida de Nacimiento, según sea el caso; d) Original o copia certificada del certificado médico de defunción, en formato oficial completo; e) Original o copia certificada del acta o Partida de Defunción del Asegurado; f) Original o copia certificada del Atestado policial completo, en caso corresponda; g) Original o copia certificada del certificado y/o Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda; h) Original o copia certificada del resultado del examen de Dosaje Etílico, en caso corresponda; i) Original o copia certificada del resultado del examen Toxicológico, en caso corresponda.

Al Fallecimiento Accidental, el (los) Beneficiario(s), acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago de las Sumas Aseguradas presentando los documentos indicados.

**Procedimiento para Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente del Asegurado:** El Asegurado acreditando su calidad de tal, podrá exigir el pago de las Sumas Aseguradas presentando ante la oficina de 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 del DNI del Asegurado; c) Original o copia certificada del resultado del examen de Dosaje Etílico, en caso corresponda; d) Original o copia certificada del resultado del examen Toxicológico, en caso corresponda; e) Original de la Denuncia Policial; f) Original o copia certificada del atestado policial completo, en caso corresponda; g) Original o copia certificada del dictamen de invalidez del COMAFP o COMEC, en caso corresponda. De requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, para consentir el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

En caso de Invalidez Permanente Parcial o Total por Accidente de no presentarse el Dictamen de invalidez del COMAFP o COMEC, La Compañía examinará 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, de acuerdo a lo establecido en el Artículo N° 14 del Condicionado General. 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.

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

Centros de Atención al Cliente

Lima

Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro  
Central de Atención al Cliente (Lima): 500-0000  
Fax: 611-9255

Arequipa

Av. Víctor Andrés Belaunde Mz. B Lote 3, Umacollo  
Central de Atención al Cliente (Arequipa): (054) 603-101

Correo electrónico: [servicios@interseguro.com.pe](mailto:servicios@interseguro.com.pe) / Página web: [www.interseguro.com.pe](http://www.interseguro.com.pe)

**MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:**

1) Mecanismo de solución de controversias:

1.1. Vía Judicial: Toda controversia, disputa, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre el Asegurado, Contratante o Beneficiario y La Compañía, referido a la validez del contrato de seguro del que da cuenta esta póliza, o que surja como consecuencia de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquier indemnización u obligación referente a la misma.

2) Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias: En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario podrá acudir a las siguientes instancias:

2.1 Defensoría del Asegurado por montos menores a US\$ 50,000.00, y que sean de competencia de la Defensoría del Asegurado, según detalla el reglamento de dicha entidad (web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe), Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima – Perú; Teléfono: 421-0614).

2.2. El Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (Dirección: Calle La Prosa S/N San Borja, web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)).

2.3 Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840

#### IMPORTANTE:

- El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la póliza del seguro a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de **15 días calendario**, desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- En la presente Solicitud-Certificado se encuentra contenido el resumen de la póliza del seguro, la cual el Asegurado declara haber recibido.
- La Compañía es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas en la póliza. En este sentido, La Compañía es la responsable de todos los errores u omisiones que incurra la empresa del sistema financiero con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
- La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Asegurado que produzcan atrasos en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.
- Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Contratante, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiera dirigido a La Compañía, así como los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante, se consideran abonados a La Compañía.
- **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:** Dentro de un plazo no mayor de **15 días contados desde que el Asegurado recibe la Solicitud-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 señalado el artículo de Procedimiento y Plazo para efectuar reclamos, al domicilio del Contratante o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medio utilizados para la contratación del seguro, quien devolverá la prima recibida, no sujeta a penalidad alguna.
- 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.

#### MECANISMO DE COMUNICACION PACTADO

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

Correo electrónico  Dirección de envío de correspondencia

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

#### CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES

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

El titular de los datos personales otorga a Interseguro Compañía de Seguros S.A. (en adelante Interseguro) su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para: i) Incorporar sus datos personales sensibles o no, al Banco de Datos de Clientes ubicado en las instalaciones de Interseguro. ii) Tratar sus datos personales y/o sensibles (\*), que hubieran sido proporcionados directamente a Interseguro o aquellos que pudieran encontrarse en fuentes de acceso para el público, utilizando dicha información para tratamientos que supongan desarrollo de acciones comerciales, incluyendo la realización de estudios de mercado, elaboración de perfiles de compra, evaluaciones financieras, gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (incluyendo evaluaciones de seguros, procesamiento de datos, gestión de cobranzas, remisión de correspondencia, entre otros).

Ofertar productos y/o servicios que pudieran ser de su interés de forma directa o por intermedio de terceros (vía medio físico, electrónico o telefónico) de publicidad, información, obsequios, ofertas y/o promociones (personalizadas o generales) de productos y/o servicios de Interseguro y/o de otras empresas del Grupo Intercorp y sus socios estratégicos, entre las que se encuentran aquellas difundidas en el portal de la Superintendencia del Mercado de Valores ([www.smv.gob.pe](http://www.smv.gob.pe)) así como en el portal [www.intercorp.com.pe/es](http://www.intercorp.com.pe/es). Para tales efectos, el(los) titular(es) de los datos personales autoriza(n) a Interseguro la cesión, transferencia o comunicación de sus datos personales, a dichas empresas y entre ellas.

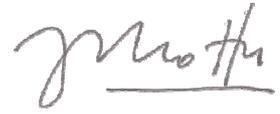
Se informa al titular de los datos personales (clientes y/o asegurados), que pueden ejercer sus derechos (derecho a la información, acceso, actualización, rectificación, supresión o cancelación, oposición y tutela de sus datos personales) presentando su solicitud en nuestras oficinas de atención al cliente; o mediante un correo electrónico dirigido a: [servicios@interseguro.com.pe](mailto:servicios@interseguro.com.pe).

En señal de conformidad a todos los acuerdos contenidos en el presente documento, se suscribe la presente a los ..... días del mes ..... de 20.....

Firma del Asegurado Titular

Lugar y Fecha de emisión

Firma de Representante de La Compañía



*(\*) Se entiende como "datos personales" a toda información que me identifica o la información sobre una persona identificada, y "datos sensibles" a aquellos datos personales referidos a la esfera más íntima y personal.*