

**Solicitud - Certificado de Seguro Temporal en Grupo Vida con Retorno**

Código SBS N° VI2027200103 | Póliza N° 5000014 (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 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:

 DNI  CE  Otro: \_\_\_\_\_

N° Doc. Identidad: \_\_\_\_\_

Sexo:

 M  F

Fecha de Nacimiento:

 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

**BENEFICIARIO**

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**

Rango de Edades	Plan A		Plan B	
	Cuota de la Prima Comercial	Rescate a fin de periodo	Cuota de la Prima Comercial	Rescate a fin de periodo
18 a 30 años	<input type="checkbox"/> S/. 19.50	S/. 2,186.00	<input type="checkbox"/> S/. 46.50	S/. 5,211.00
31 a 40 años	<input type="checkbox"/> S/. 28.50	S/. 3,194.00	<input type="checkbox"/> S/. 71.70	S/. 8,034.00
41 a 53 años	<input type="checkbox"/> S/. 56.70	S/. 6,353.00	<input type="checkbox"/> S/. 142.50	S/. 15,966.00

 Periodicidad de pago de prima: **Mensual**
**AUTORIZACIÓN DE CARGO EN CUENTA**

Por el presente, con la firma de esta solicitud, autorizo expresamente 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 Vida con Retorno", a favor del acreedor Interseguro Compañía de Seguros S.A.

 Fecha de vencimiento: Mes   Año  

En caso se realice cambio de la tarjeta de crédito, autorizo al Comercializador a comunicar el nuevo número de plástico a la Compañía. Asimismo, autorizo a la Entidad Financiera a continuar efectuando los cargos de acuerdo al plan contratado para el pago de prima derivado de la presente póliza.

El cliente en cualquier momento podrá solicitar la suspensión del servicio sin expresión de causa, mediante documento de fecha cierta, siempre que se realice 48 horas antes de la fecha de vencimiento. El monto máximo autorizado para el cargo en cuenta consiste en el monto correspondiente a la prima comercial.

## DATOS DE LA POLIZA

<b>Tipo de Riesgo</b> Vida Grupo Particular	<b>Moneda</b> Según lo pactado por el Asegurado de acuerdo al plan de seguro elegido
<b>Fecha de inicio de vigencia:</b>	Desde las 00:00 horas de la fecha de la firma de la solicitud del seguro por parte del Asegurado.
<b>Fecha de término de vigencia:</b>	Hasta las 24:00 horas del ___/___/_____ o hasta la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.
<b>Plazo de vigencia:</b>	Anual, con renovación automática hasta 12 años de vigencia
<b>Lugar y forma de pago:</b>	De acuerdo a lo pactado con el Asegurado.

## COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS	Plan A	Plan B
1. Fallecimiento Natural o Accidental	S/ 24,000	S/ 60,000

## CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

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

**DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO:** En caso de Fallecimiento Natural o Accidental la Suma Asegurada por única vez de acuerdo al Plan elegido o al finalizar el periodo de vigencia de la doceava renovación de la póliza, la Compañía procederá a la devolución de las primas pagadas antes de impuestos incluyendo el Impuesto General a las Ventas, de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares y en el presente documento. Además el Asegurado podrá realizar retiros parciales a partir del (7) séptimo año y el retiro total a partir del (12) doceavo año. Los planes y periodos están señalados en los Condicionados Particulares y en el presente documento. La Compañía pagará, en caso de Fallecimiento Natural o Accidental del Asegurado, siempre que no se haya suspendido la cobertura por falta de pago de prima, al Beneficiario designado por el Asegurado, la Suma Asegurada indicada en el presente documento y en las Condiciones Particulares.

### PORCENTAJE DE LA DEVOLUCIÓN DE PRIMAS:

Fecha de Cancelación de prima	Porcentaje de devolución
Entre los años 1 a 6	0%
Entre el séptimo (7°) y octavo (8°) año de vigencia	25%*
Entre el noveno (9°), y el doceavo (12°) año de vigencia	50%*
Al completar el periodo de vigencia	100%*

\* Del valor total antes de impuestos de las primas Anuales pagadas a la fecha de resolución de la Póliza. La devolución se realizará en la misma moneda en que la prima fue cobrada por la Compañía.

### CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
18 años	Hasta antes de cumplir 54 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 y en la Solicitud-Certificado serán pagadas por La Compañía a los beneficiarios después del fallecimiento natural o accidental del Asegurado, si ocurre durante la vigencia de la Póliza. La prima se devengará hasta la fecha de vencimiento de la Póliza o hasta la fecha de fallecimiento del Asegurado, si éste ocurre antes.

**CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES:** Durante la vigencia del contrato la Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de cuarenta y cinco (45) días pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante será de forma previa a su aplicación y por escrito. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado. La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

**PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DE INCUMPLIMIENTO:** La prima será pagada por el Contratante en las fechas indicadas en la Solicitud - Certificado de Seguro. El Contratante trasladará el pago de la prima al Asegurado.

El incumplimiento del pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, La Compañía deberá comunicar de manera cierta al Asegurado y al Contratante, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo con el que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encuentra suspendida. En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá optar por la resolución del contrato. Se considerará resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del día en que el Asegurado recibió una comunicación escrita de La Compañía informándole sobre esta decisión.

Cuando la resolución se produzca por incumplimiento en el pago de la prima, La Compañía tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

No obstante lo anteriormente señalado, si La Compañía optase por no reclamar el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía.

Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagas correspondientes al período efectivamente cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente sustentados por La Compañía. Los pagos efectuados al Comercializador se entienden realizados a la Compañía.

**EXCLUSIONES:** Este seguro no cubre el riesgo fallecimiento del Asegurado si fuere causado por: 1) Suicidio, intento de suicidio, automutilación, o heridas causadas a sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que ya hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro; 2) Pena de muerte o fallecimiento producido por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice; 3) 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 participes de dicho acto, de reclamar el porcentaje o alícuota correspondiente de la suma asegurada; 4) 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; 5) 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 activa 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; 6) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico; 7) El desempeño del Asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, chofer profesional en rutas rurales interprovinciales, chofer de taxi, mototaxi, operador de maquinaria pesada, maquinaria de construcción, vigilante o guardaespaldas, transportista de líquidos inflamables o sustancias corrosivas, minero de socavón, bombero, corresponsal de guerra, cambista ambulatorio; 8) 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; 9) 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; 10) Enfermedades preexistentes y anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, que sean de conocimiento del Asegurado y no resueltas al momento previo a la contratación del presente seguro; 11) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo; 12) 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. En caso no se emita sentencia, el análisis de realizará en función del atestado policial y de ser el caso, cualquier otro documento que esclarezca los hechos; 13) 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; 14) Intoxicación o 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; según se determine por el dosaje etílico o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda; 16) Cualquier tipo de enfermedad mental y del Comportamiento; 17) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de inmunodeficiencia.

**SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA:** El Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa respecto de la Solicitud-Certificado, para lo cual deberá notificar dicha decisión con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación: a) Carta dirigida al Contratante o a La Compañía en la que se manifieste expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato. b) Original y copia del Documento Nacional de Identidad.

Dicho trámite podrá efectuarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, en los que figuran detallados en la web de La Compañía ([www.interseguro.com.pe](http://www.interseguro.com.pe)), en el domicilio del Contratante, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el 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 CONTRATO:** La Solicitud-Certificado del Seguro quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- Cuando se solicite la cobertura del seguro fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas.
- Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 14 de las Condiciones Generales.
- Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 10 de las Condiciones Generales.
- 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. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo de treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

- e. 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. El seguro de vida no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración del contrato.
- f. 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.

En caso el Contratante o Asegurado optase por la resolución del Contrato o Solicitud-Certificado, respectivamente, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado. La devolución de la prima se realizará en forma directa por La Compañía, en el caso del Contratante, o a través del Contratante, en el caso del Asegurado.

En los demás casos mencionados, tanto respecto de la póliza como de la Solicitud-Certificado, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada deduciendo los gastos administrativos correspondientes, los mismos que serán debidamente sustentados. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del Contratante. Para los casos antes mencionados, La Compañía procederá con la devolución de la prima no devengada, teniendo como plazo para la devolución diez (10) días hábiles posteriores a la resolución.

**AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA:** El aviso del siniestro deberá ser comunicado a La Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda. Posteriormente, el procedimiento para la solicitud de cobertura será el siguiente:

**Fallecimiento Natural o Accidental:** El Beneficiario o la persona que está actuando en su representación deben acercarse al Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o a las oficinas del Comercializador con los siguientes documentos:

- a. Carta simple dirigida a La Compañía solicitando el pago de las Suma Asegurada.
- b. Original o copia legalizada del Acta o Partida de Defunción del Asegurado.
- c. Copia Simple del Documento de (los) Beneficiario (s) o Partida de Nacimiento de ser el caso.
- d. Original o copia legalizada del Certificado médico de defunción.
- e. Original o copia legalizada de la denuncia policial, de ser el caso.
- f. Original o copia legalizada del Atestado policial completo, en caso corresponda.
- 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 Etilico, en caso corresponda.
- i. Original o copia legalizada del Resultado del examen Toxicológico, en caso corresponda.

Al Fallecimiento Natural o Accidental, el (los) Beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago de las Sumas Aseguradas en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador presentando documentos indicados.

Sin perjuicio de lo establecido en el Artículo N° 12 precedente, si la edad del Asegurado fuese mayor a la declarada o a la señalada en la Solicitud-Certificado, La Compañía pagará la Suma Asegurada reducido en proporción al monto de la prima recibida. Si, además, el Asegurado hubiere tenido más de sesenta y cinco (65) años de edad al momento de contratarse el seguro, La Compañía sólo devolverá al Contratante la prima recibida, sin intereses.

Si la edad fuese menor que la declarada, se pagará el Capital Asegurado y se devolverá el exceso de prima recibida, sin intereses.

En todas las coberturas, de requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el 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 el siniestro, lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada. 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 30 días desde la recepción de la solicitud. **El área de Atención al Cliente es la encargada de atender los reclamos.**

**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) 603101

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

1) Mecanismo de solución de controversias:

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

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

2.1 Defensoría del Asegurado por montos menores a US\$ 50,000.00, y que sean de competencia de la Defensoría del Asegurado, según detalla el reglamento de dicha entidad (web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe), Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima – Perú; Telefax: 446-9158).

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 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 el presente documento, 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 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 Asegurado expresa su consentimiento para que los datos personales (\*), que brinde a INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante La Compañía) o que sean recabados por éste, como consecuencia de la presente relación contractual, sean tratados (almacenados, registrados, transferidos, analizados, entre otros, según definición de Ley N°29733) a fin de brindar y mantener un nivel de servicio adecuado para el Asegurado. Asimismo, el Asegurado autoriza a la Compañía a obtener del Contratante información sobre sus datos personales necesarios para la presente contratación; y al Contratante a brindarla. Adicionalmente, el Asegurado expresa su consentimiento para recibir información adicional sobre promociones, publicidad y descuentos de los distintos productos, servicios y beneficios ofrecidos por la Compañía así como por sus subsidiarias. Dicha autorización se mantendrá vigente inclusive, con posterioridad a la culminación de la presente relación contractual, para fines estrictamente, publicitarios y/o promocionales.

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

En señal de conformidad a todos los acuerdos contenidos en el presente documento, se suscribe la presente a los .....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 me hace identificable, y “datos sensibles” a aquellos datos personales referidos a la esfera más personal.