

Certificado de Seguro de Desgravamen de Tarjeta de Crédito
Código SBS N° VI2027400111

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

XXXXXX (US\$) XXXXXX (S/.)

DATOS DE LA COMPANIA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: Interseguro Compañía de Seguros S.A. **RUC:** 20382748566
Dirección: Av. Pardo y Aliaga N° 634, San Isidro **Provincia:** Lima
Departamento: Lima
Centro de Atención al Cliente (Lima): Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro
Teléfono: 611-4700 **Fax:** 611-4720 **Correo electrónico:** servicios@interseguro.com.pe

DATOS DEL CONTRATANTE / BENEFICIARIO

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

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

El Asegurado de la presente Solicitud-Certificado es el Titular de la Tarjeta de Crédito. Los datos personales del Asegurado son los mismos consignados en el Contrato de Tarjeta de Crédito de XXXXXXXXX.
Relación con el Contratante: Cliente que mantiene una Tarjeta de Crédito con el Contratante

DATOS DE LA POLIZA

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

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

Plazo de vigencia: Anual, con renovación automática hasta culminar el mes que cumple los XX años de edad
Relación del Asegurado con el Contratante: Cliente titular suscrito en el Contrato de la Tarjeta de Crédito

MONTO DE PRIMA COMERCIAL

Frecuencia: Mensual
Monto de Prima Comercial: Según el siguiente cuadro.

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

La prima comercial total incluye:	Monto
% de cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador	XX%
En caso de incumplimiento de pago de prima:	Monto
Gastos de cobranza	XX

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

RIESGOS CUBIERTOS

Coberturas	Suma Asegurada	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia	Suma Asegurada Máxima
Coberturas Principales					
Fallecimiento	Saldo insoluto al momento del siniestro	XX años	Hasta antes de cumplir XX años	Hasta culminar el mes que cumple XX años	USD XX,XXX (*)
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Saldo insoluto al momento del siniestro	X años	Hasta antes de cumplir XX años	Hasta culminar el mes que cumple XX años	
Cobertura(s) Adicional(es)					
xxxxxxxxx					

(*) Para los asegurados entre los XX y XX años que hayan ingresado al Seguro antes de cumplir los XX años el saldo insoluto máximo será de US\$ X,XXX.XX Dólares, o su equivalente en moneda nacional.

CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS: No aplica al presente seguro

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: Es el Saldo deudor del Asegurado, al momento de ocurrir uno de los tipos de siniestro amparados en esta póliza.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA: Fallecimiento: Se considerará Fallecimiento cubierto bajo esta Póliza, a toda muerte natural o accidental que no esté expresamente excluida en esta Póliza. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: Se considerará que la invalidez es total y permanente por accidente o enfermedad y se pagará el Capital Asegurado para la cobertura de invalidez cuando el Asegurado se encontrara total y permanentemente incapacitado o impedido de desempeñar cualquier ocupación o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, o presentara la pérdida total o el debilitamiento irreversible de sus fuerzas físicas y/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, siempre que sea determinado conforme al procedimiento descrito en el Artículo N° 3 de las Condiciones Generales.

Además, se reconocerá como invalidez total y permanente a los siguientes casos la pérdida total de: la vista de ambos ojos, o ambas manos, o ambos pies, o de una mano y de un pie, o una mano y la pérdida de la vista de un ojo, o un pie y la pérdida de la vista de un ojo, la enajenación mental incurable.

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. **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 Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente respecto de las modificaciones efectuadas al Contratante y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados. La aprobación del Contratante deberá ser 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.

INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMAS: Por tratarse de un seguro grupal el pago de la prima estará a cargo del Contratante, quien recargará dicho pago en el Asegurado, y deberá realizarse en el plazo señalado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado del Seguro, hasta el término del período convenido. El monto de la prima, y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza y se consignan en el presente documento y podrán ser modificadas de mutuo acuerdo entre La Compañía y el Contratante, de lo que se informará previamente al Contratante conforme al Artículo N° 11 de las Condiciones Generales. La Compañía pondrá a disposición del Contratante la documentación necesaria para cumplir con informar las modificaciones al Asegurado. La Compañía podrá realizar la cobranza de una o más cuotas impagas.

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, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. 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. 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 período 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 cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente indicados por La Compañía en el Condicionado Particular y en el presente Certificado.

Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante a través de la cual se comercialice el seguro tienen el mismo efecto que si se hubieran realizado 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.

EXCLUSIONES: El presente seguro no cubre cuando el Fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad del Asegurado ocurre a consecuencia de: 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 muerte producida 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 partícipe, por uno o más beneficiarios o por quienes pudieren reclamar 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 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; 6) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico; 7) 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; o intervenir en viajes submarinos; 8) Enfermedades preexistentes o Accidentes producidos con anterioridad al inicio de la 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, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza; 9) 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; 10) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza; 11) 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; 12) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan; 13) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado inmunodeficiencia.

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 falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 10.
- b. Cuando se reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 18 del Condicionado General.
- c. Si durante el plazo de 15 días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original. El presente seguro 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. La resolución será comunicada al Contratante y al Asegurado.
- d. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 15 del Condicionado General.

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 período no devengado. En el supuesto contemplado en el literal k), cuando La Compañía opte por resolver el contrato, ésta tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Para los demás supuestos, La Compañía devolverá la prima correspondiente al

período no devengado. En el caso del literal k), la compañía deberá comunicar la resolución al contratante en caso de agravación del riesgo.

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 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 realizarse, en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de La Compañía (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, considerando que la cobranza se realiza en forma adelantada. El contrato terminará una vez transcurridos treinta (30) días de la recepción de la documentación, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA: El siniestro deberá ser comunicado a La Compañía dentro de los siete (07) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda. En caso de siniestro, el Asegurado o sus herederos legales, según corresponda, deberán presentar al Contratante o en los Centros de Atención al Cliente de la Compañía, los siguientes documentos probatorios:

Para Fallecimiento por enfermedad o accidente: a) Copia certificada de la Partida o Acta de Defunción del Asegurado; b) Copia certificada del Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo.

En caso de accidente presentar adicionalmente: a) Copia certificada del Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda; b) Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso corresponda; c) Copia Certificada del resultado de dosaje etílico, en caso corresponda; y d) Copia Certificada del resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

Para Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: a) Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado; b) Copia Certificada del resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcholeemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, cuando corresponda; c) Original o certificación de reproducción notarial del Dictamen de invalidez del COMAFP o Certificado de Discapacidad; d) Copia certificada del Atestado Policial, cuando 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. Asimismo, cabe precisar que si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de La Compañía se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, La Compañía está obligada a restituir el exceso de la prima percibida, sin intereses.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, 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. En caso de negativa del Asegurado a someterse a dicha evaluación, La Compañía quedará liberada de efectuar el pago de la suma asegurada solicitada. Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. En caso de la cobertura de fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este tome conocimiento de la existencia del beneficio.

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS: Podrás realizar cualquier reclamo y/o requerimiento a través de nuestros canales de atención. La respuesta se comunicará al cliente en un plazo máximo de 30 días calendario de recibido según el medio de respuesta pactado. Las comunicaciones cursadas por los asegurados o beneficiarios al Contratante, sobre aspectos relacionados al seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Compañía. **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	Arequipa Mz. D Lote 1, Urb. Los Cedros - Yanahuara, Arequipa Central de Atención al Cliente (Arequipa): 054-603101
Chiclayo Calle Los Dulantos N° 110, Urb. Santa Victoria, Chiclayo Central de Atención al Cliente (Chiclayo): 074-232512	

Correo electrónico: servicios@interseguro.com.pe / Página web: 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, según corresponda:** En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante o Asegurado 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: 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).**

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 a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios desde la fecha de recepción de la solicitud.
- La póliza de seguro entrará en vigencia únicamente si el Contratante le otorga el crédito al Asegurado.
- La vigencia de las coberturas anteriormente detalladas, termina con la cancelación del crédito, quedando La Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido, en fecha posterior a la cancelación del mismo.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- En el presente Certificado se encuentra contenido el resumen de la póliza de seguro. Asimismo, el Asegurado declara haber recibido el Certificado.
- La Compañía es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas en la póliza. En este sentido, La Compañía es la responsable de todos los errores u omisiones que incurra la empresa del sistema financiero con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
- Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Contratante, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiera dirigido a La Compañía, así como los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante, se consideran abonados a La Compañía.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Para el caso de las pólizas comercializadas por el canal de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES

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

El Asegurado expresa su consentimiento para que los datos personales (*), que brinde a INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante La Compañía) o que sean recabados por éste, como consecuencia de la presente relación contractual, sean tratados (almacenados, registrados, transferidos, analizados, entre otros, según definición de Ley N° 29733) a fin de brindar y mantener un nivel de servicio adecuado para el Asegurado. Asimismo, el Asegurado autoriza a 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 todos los acuerdos contenidos en el presente documento, se suscribe la presente a losdías del mes de 20.....

Firma del Asegurado Titular

Firma de Representante de La Compañía

Lugar y fecha

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

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

Nota: El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.