

CÓDIGO SBS N° AE2026400230



SOLICITUD -  
CERTIFICADO  
SEGURO  
VIVE SALUD

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

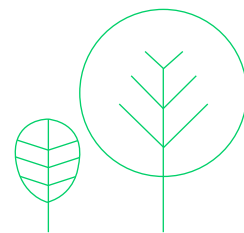
 Interseguro

## DATOS DEL ASEGURADO

<b>Apellido Paterno:</b>	<b>Apellido Materno:</b>	<b>Primer nombre:</b>	<b>Segundo nombre:</b>
<b>Tipo Doc. Identidad:</b> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro:	<b>N° Doc. Identidad:</b>	<b>Sexo:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<b>Fecha de Nacimiento:</b> Día      Mes      Año
<b>Dirección:</b>		<b>Distrito:</b>	<b>Provincia:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Teléfono Fijo:</b>	<b>Celular:</b>	<b>Correo electrónico:</b>

## CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

<b>Riesgo</b>	Asistencia Médica
<b>Moneda</b>	Soles
<b>Fecha de inicio de vigencia</b>	Desde la firma de la solicitud - certificado del seguro o aceptación del contrato por parte del Asegurado
<b>Fecha de fin de vigencia</b>	Hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución
<b>Plazo de vigencia</b>	Anual, con renovación automática
<b>Lugar y forma de pago</b>	
<b>Frecuencia de pago de primas</b>	



## TARJETA ASEGURADA - AUTORIZACION DE CARGO EN TARJETA PARA PAGO DE LA PRIMA

Autorizo se sirvan efectuar, de acuerdo a la periodicidad escogida, los cargos por el concepto de prima de seguro "Vive Salud" en mí:

<b>Medio de pago:</b>	<b>Tipo Tarjeta:</b>
<b>Nro. de Tarjeta / cuenta Bancaria:</b>	<b>Fecha de Vencimiento:</b>

La prima se cobrará en la moneda de la cuenta o tarjeta autorizada.

En caso no se encuentre saldo disponible en la cuenta designada por el ASEGURADO o dicha cuenta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de 01 reintento de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.

Si luego de dicho reintento no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizará un mínimo de 01 nuevo intento en la siguiente fecha de cargo, a la cuenta vigente que tenga EL ASEGURADO con EL CONTRATANTE con saldo disponible, pudiendo elegir entre las siguientes: Cuenta Sueldo, Ahorros, Cuenta Simple, Cuenta Millonaria.

Autorizo se sirvan efectuar los reintentos correspondientes en la(s) siguiente(s) cuenta(s):  
Tipo de Cuenta/N° de Cuenta Bancaria:

El segundo reintento de cargo se realizará en la cuenta vigente autorizada cuya moneda sea la misma con la cual se contrató el seguro.

## CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
18 años	59 años y 364 días	69 años y 364 días

## COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

COBERTURA	PLAN ESTANDAR Moneda Soles
Renta hospitalaria por accidente	<b>Suma asegurada:</b> S/ 150 por día <b>Plazo máximo cubierto:</b> Hasta 30 días por evento <b>Carencia:</b> 30 días <b>Deducible:</b> 1 día <b>Número máximo de eventos cubiertos:</b> 2 por año <b>Beneficiarios:</b> Asegurado

## CLÁUSULAS ADICIONALES Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS	PLAN ESTANDAR Moneda Soles
Fallecimiento	<b>Suma asegurada:</b> S/ 9,000 <b>Plazo máximo cubierto:</b> No aplica <b>Deducible:</b> No aplica <b>Número máximo de eventos cubiertos:</b> 1 <b>Beneficiarios:</b> Legales
Renta hospitalaria por Enfermedad	<b>Suma asegurada:</b> <b>Plazo máximo cubierto:</b> Hasta 30 días por evento <b>Carencia:</b> 30 días <b>Número máximo de eventos cubiertos:</b> 2 por año <b>Beneficiarios:</b> Asegurado

## MONTO DE PRIMA COMERCIAL

PLAN	PLAN
ESTANDAR	Prima Comercial S/ 21.19  Prima Comercial + IGV S/ 25

Para obtener mayor información de su póliza, el Asegurado puede solicitarle las Condiciones Generales y Condiciones Particulares a La Compañía o visualizarlas a través de la página web [www.interseguro.pe](http://www.interseguro.pe) o a través del Portal del Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

## COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

La compañía de Seguros paga el monto de la suma asegurada establecida en la Solicitud-Certificado, a manera de indemnización, por cada día que el Asegurado se encuentre hospitalizado a causa de un accidente.

Se entiende por día de hospitalización las ve- inticuatro (24) horas continuas e ininterrumpidas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital o Clínica.

La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en la Solicitud-Certificado del Seguro. En caso exista algún concepto pendiente de pago por parte del contratante o asegurado, la Compañía de Seguros se encuentra facultada a descontarlo de la indemnización de las coberturas contratadas.

## DESCRIPCIÓN DE LAS CLÁUSULAS ADICIONALES

### Fallecimiento

La Compañía de Seguros paga el monto de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado por el fallecimiento del Asegurado que se produzca dentro de la vigencia de la póliza.

Si el fallecimiento se produjera como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días calendarios siguientes de ocurrido el accidente, aplicándose el período de carencia descrito en las Condiciones Particulares.

La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado del Seguro.

En caso exista algún concepto pendiente de pago por parte del contratante o asegurado, la Compañía de Seguros puede compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la póliza respectiva, contra la indemnización debida al asegurado.

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.

### Renta Hospitalaria por Enfermedad:

La compañía de Seguros paga el monto de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado por cada día que el Asegurado se encuentre hospitalizado a causa de una enfermedad no preexistente.

Se entiende por día de hospitalización las veinticuatro (24) horas continuas e ininterrumpidas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital o Clínica.

La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado del Seguro.

En caso exista algún concepto pendiente de pago por parte del contratante o asegurado, la Compañía de Seguros puede compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la póliza respectiva, contra la indemnización debida al asegurado.

## EXCLUSIONES:

Este seguro no cubre:

**1** Actos delictivos o que constituyan la causa del siniestro en las que participe el asegurado.

**2** Lesiones que generen hospitalización ocurridas cuando el Asegurado se encuentre voluntariamente al momento del siniestro bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sea recetado por un médico. Asimismo, el estado voluntario de embriaguez o drogadicción del Asegurado. Se considerará estado de embriaguez cuando el Asegurado niegue a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda, o cuando habiéndolo practicado, éste arroje un resultado mayor a 0.50 g/l de alcohol en la sangre al momento del siniestro.

**3** Lesiones a consecuencia de conducir un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa aplicable.

**4** Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, servicio militar, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo.

**5** Lesiones producidas por peleas, salvo en las que se demuestre legítima defensa, lo cual tendrá que probarse a través de una resolución judicial o un atestado policial.

**6** Accidentes que se produzcan en la práctica profesional o aficionada de los siguientes deportes o actividades de riesgo: buceo submarino, inmersión submarina, montañismo, ala delta, parapente, paracaidismo, canotaje, rafting, saltos ornamentales, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak, alpinismo, trekking, puenting, tirolina y street luge. Así también, la participación como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.

**7** Hospitalizaciones realizadas en instituciones legalmente no establecidas.

**8** En el caso de las Fuerzas Armadas, hospitalizaciones por convalecencia.

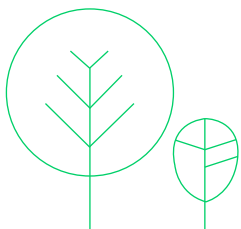
**9** Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para Asegurados que por su trabajo están considerados dentro del Seguro complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).

## EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA CLÁUSULA ADICIONAL

### Fallecimiento

Este seguro no cubre:

- 1** Suicidio, a menos que hubieran transcurrido dos (02) años completos e ininterrumpidos desde la fecha en que se contrató el 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** Fisión o fusión nuclear, así como contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
- 4** 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.
- 5** Enfermedades preexistentes, 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. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
- 6** 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; o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.
- 7** Prestación de servicios en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.



## Renta Hospitalaria por Enfermedad

Adicional a lo indicado en Condicionado General o Solicitud Certificado, este seguro no cubre:

1

Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes y gastos derivados de causas relacionadas. Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos que cumplan con lo establecido en la Ley N° 28770, Ley que Regula la Utilización de las Preexistencias en la Contratación de un Nuevo Seguro de Enfermedades y/o Asistencia Médica.

2

Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales, desórdenes funcionales de la mente y tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico.

3

Despistajes de enfermedades, tratamiento y/o medicina preventiva.

4

Cirugía o tratamientos estéticos, plásticos o reconstructivos, cirugías por mamoplastia reductora ni por ginecomastia.

5

Tratamientos no reconocidos por el Colegio Médico Peruano.

6

Embarazo, maternidad, sus complicaciones y consecuencias.

7

Insuficiencia o sustitución hormonal, todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad, raquitismo y los derivados de ellos.

8

Enfermedades oncológicas y/o diagnosticadas como cáncer. En los casos que exista alta sospecha de cáncer, la cobertura del evento estará sujeta a la presentación del resultado de anatomía patológica, la cual deberá tener resultado negativo. La Compañía de Seguros podrá solicitar dicho documento, dentro del plazo de los 20 días para pronunciarse sobre el siniestro.

9

Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.



## DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Contratante tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la póliza de seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud. El plazo de los 15 días se computa desde la recepción de la póliza por parte del contratante.

Para el caso de los seguros colectivos, el Asegurado tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la solicitud certificado, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud.

Este derecho se ejerce solicitando la Resolución de la Póliza y se podrá emplear los mismos mecanismos, lugar y medios por los cuales se contrató, de acuerdo a lo señalado en las normas sobre protección al consumidor.

## PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DE SU INCUMPLIMIENTO

**1** Obligación del pago: el Contratante es el obligado al pago de la prima, la cual es exigible desde la celebración del contrato. En caso de seguros colectivos, el Contratante trasladará la responsabilidad de pago al Asegurado. El pago puede ser fraccionado o diferido.

**2** Pago de la Prima: El pago de la prima se considerará realizado a partir del día y hora en que la Compañía de Seguros o el Contratante reciba el importe de la prima acordada.

**3** Suspensión de cobertura por incumplimiento de pago: el incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro, luego de treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación. Antes de esos treinta (30) días, la Compañía de Seguros deberá comunicar de manera cierta al Contratante, la situación de incumplimiento de pago de la prima y la suspensión de la cobertura como consecuencia de dicho incumplimiento, a través de los medios previamente acordados. Además, indicará el plazo que el Contratante tiene para pagar la prima antes de que se suspenda la cobertura. La Compañía de Seguros no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura esté suspendida. La suspensión de cobertura no es aplicable cuando el Contratante haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido en el contrato.

**4**

**Rehabilitación de la cobertura:** cuando el contrato se encuentra suspendido, la rehabilitación de la cobertura se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague el total de las cuotas vencidas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (00:00) horas del día siguiente a aquel en que se pague la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a solicitud del Contratante, siempre que la Compañía de Seguros no haya resuelto el contrato.

**5**

**Resolución por incumplimiento de pago:** cuando la cobertura del seguro esté suspendida por el incumplimiento del pago de la prima, la Compañía de Seguros podrá optar por resolver el contrato y/o solicitud certificado, los cuales se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el Contratante y/o asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía de Seguros informándole sobre esta decisión, por el mecanismo de comunicación acordado. En este caso, la Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por período efectivamente cubierto. La Compañía de Seguros quedará liberada de toda responsabilidad y obligación una vez resuelto el contrato.

**6**

**Extinción del contrato de seguro por incumplimiento de pago:** el contrato de seguro queda extinguido cuando el Contratante y/o asegurado no realiza el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento de la obligación, La Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por el periodo cubierto.

## CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro quedará resuelto, respecto al Contratante, perdiendo todo derecho originado de la Póliza cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

**A**

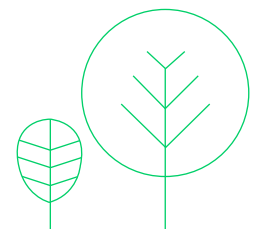
Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante. Dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13.

**B**

Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.

**C**

En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre 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 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.



La Solicitud-Certificado del Seguro quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

<b>A</b>	Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N°13.
<b>B</b>	Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.
<b>C</b>	Cuando al momento de evaluar la solicitud de cobertura se evidencie que esta ha sido interpuesta en base a documentos o declaraciones falsas, los cuales se encuentran establecido en el Artículo N° 10. La Compañía comunicará la resolución al Contratante y al asegurado dentro de los treinta (30) días posteriores de haber tomado conocimiento del fraude.
<b>D</b>	En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre 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 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En los supuestos antes mencionados, la Compañía de Seguros tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no transcurrido. La devolución de la prima se realizará en forma directa al Contratante o Asegurado, según corresponda, treinta (30) días hábiles posteriores a la resolución.

## SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

El Contratante o el Asegurado podrán solicitar la resolución sin expresión de causa de la Póliza, con una anticipación mínima de treinta (30) días calendarios.

El Contratante notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

- A** Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver su afiliación al contrato.
- B** En caso se trate de una persona jurídica, copia literal de los Poderes que acrediten al Representante del Contratante como tal, así como las facultades necesarias para la resolución de contratos.
- C** Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.

El Asegurado notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

**A** Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver su afiliación al contrato.

**B** Copia de su documento de identidad.

Este trámite podrá efectuarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de la Compañía de Seguros Interseguro, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante o Asegurado tuviese algún impedimento para realizar personalmente el trámite, deberá otorgar un poder notarial a través de una carta poder con firma legalizada, para que un tercero lo realice en su nombre.

La Compañía de Seguros 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 a los treinta (30) días de la recepción de la solicitud de resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza.

## NULIDAD DEL CONTRATO

**El contrato de seguro será nulo por una causa existente al momento de su celebración en los siguientes casos:**

- 1** Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la Póliza para asumir el riesgo.
- 2** Si al tiempo de su celebración se ha producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 3** Cuando no exista interés asegurable al momento de la celebración del contrato o al inicio de su vigencia.

En estos casos, se procederá a la devolución de la prima pagada.

Para todos los casos de nulidad, el Asegurado perderá todo derecho de solicitar indemnización o beneficio alguno relacionado a esta Póliza.




La nulidad por reticencia y/o declaración inexacta deberá ser solicitada en el plazo de treinta (30) días desde que la Compañía de Seguros tenga conocimiento de esta.

Si el Asegurado hubiera cobrado la indemnización de un siniestro, quedará obligado a devolver a la Compañía de Seguros la suma asegurada percibida, más intereses legales y tributos correspondientes.





## AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA BÁSICA

Para todos los casos, el aviso del siniestro deberá ser comunicado a la Compañía de Seguros o al Comercializador dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia.

Los documentos necesarios para la solicitud de cobertura son:

	Requisitos
Copia simple del Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados donde se verifique los datos del asegurado e indicación de fecha y hora de ingreso y alta	
Copia simple de la factura o boleta de pago según corresponda.	

En adición, la Compañía de Seguros podrá solicitar los siguientes documentos:

	Requisitos
Copia fedateada de la Historia Clínica desde la fecha de hospitalización, en caso la compañía lo requiera.	
Original o copia legalizada del Atestado Policial o Resolución Final de Fiscalía.	
Resultado de Examen Toxicológico o Dosaje Etílico.	

La documentación antes mencionada deberá ser presentada a la Compañía de Seguros o al Comercializador.

La Compañía de Seguros cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro una vez presentada la solicitud de cobertura. En caso la Compañía de Seguros requiera aclaraciones adicionales a la documentación presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días, desde la presentación de todos los documentos detallados en la Póliza. Esto suspenderá el plazo para evaluar el siniestro, hasta que se brinden las aclaraciones solicitadas.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el pago de la suma asegurada se realizará, a manera de indemnización, a favor de la sucesión intestada o testamento del asegurado, por lo que los beneficiarios deberán de presentar la copia legalizada de la sucesión intestada o testamento, según corresponda, inscrita en los Registros Públicos.

Las coberturas del contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. Para las coberturas de muerte, el plazo de 10 años se computa desde que el beneficio es conocido por el Beneficiario.

#### REQUISITOS ESPECÍFICAS PARA LA CLÁUSULA ADICIONAL

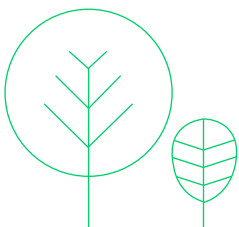
##### Fallecimiento

Adicionalmente a los requisitos solicitados en la Cláusula N° 10 del Condicionado General, para la activación de la presente cláusula adicional se deberá de presentar los siguientes documentos:

<b>A</b>	Formato de Solicitud de Cobertura de La Compañía.
<b>B</b>	Original o copia legalizada del certificado médico de defunción, en formato oficial completo.
<b>C</b>	Historia Clínica completa, en caso corresponda.
<b>D</b>	Original o copia legalizada de la Partida o Acta de defunción.
<b>E</b>	Copia certificada del Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda.
<b>F</b>	Original o copia certificada del Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.

#### PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS

Los requerimientos y reclamos serán recibidos, vía llamada telefónica, correo electrónico, página web o en cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente. La respuesta de los mismos será comunicada al Asegurado o Contratante en un periodo no mayor de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud, mediante el medio acordado.





## Centros de Atención al Cliente:

**Sede:** Lima  
**Dirección:** Av. Paseo de la República 3071, San Isidro.  
**Horario de Atención:** Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.  
**Teléfono:** 500-0000

**Sede:** Arequipa  
**Dirección:** Mz. D Lote 1, Urb. Los Cedros – Yanahuara – Arequipa.  
**Horario de Atención:** Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 2:00 p.m./ 3:00p.m. a 6 p.m.

**Sede:** Chiclayo  
**Dirección:** Calle Los Dulantos 110, Urb. Santa Victoria.  
**Horario de Atención:** Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 1:00 p.m./ 2:00 p.m. a 6 p.m.

**Sede:** Trujillo  
**Dirección:** Calle Santa Martha Mz H Lote 15 – Urb. La Merced  
**Horario de Atención:** Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 2:00 p.m./ 3:00 p.m. a 6 p.m

## INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS Y MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las instancias habilitadas, tanto para asegurados como beneficiarios, para presentar reclamos y/o denuncias son:

**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; Telefax: 421-0614).**

**El Instituto Nacional 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)).**

**Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0- 800-10840.**

**El mecanismo de solución de controversias a emplear será la Vía Judicial para toda controversia, disputa, litigio, o discrepancia entre el Asegurado, Contratante, Beneficiarios y la Compañía de Seguros.**

## **DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O COASEGURO**

No aplica

## **POLÍTICA DE PRIVACIDAD**

### **Consentimiento para Tratamiento de Datos Personales**

Conforme a la Ley de Protección de Datos Personales, Ley 29733, y su Reglamento, Decreto Supremo 3-2013-JUS, a través de este documento Interseguro Compañía de Seguros S.A. ("Interseguro"), con domicilio en Av. Javier Prado Este N° 492, Of. 2601, Urb. Jardín, San Isidro - Lima, informa sobre los alcances del tratamiento[1] de los datos personales que nos facilita con ocasión a la contratación de su seguro.

### **TRATAMIENTO NECESARIO:**

Usted, como Asegurado, otorga a Interseguro su consentimiento previo, informado, expreso e inequívoco para realizar el tratamiento de sus datos personales y sensibles ("Datos Personales"), para la evaluación de riesgo, celebración del contrato, procesamiento y actualización de datos, gestión de cobranzas y cargo de primas, envío de correspondencia y comunicaciones, evaluación y pago de siniestros, entre otros que conforman la ejecución de la relación contractual.

Los Datos Personales serán almacenados en el banco de datos "Clientes" de titularidad de Interseguro, inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales, donde se tratarán hasta que usted revoque formalmente su consentimiento. Los Datos Personales son necesarios para poder ejecutar el contrato de seguro. Usted tiene derecho de revocar su consentimiento en cualquier momento, no obstante, si lo hace durante la vigencia del contrato, Interseguro no podrá cumplir con sus obligaciones derivadas del contrato.

Interseguro podrá transferir a nivel nacional [2] e internacional [3] los Datos Personales a terceros que realizarán actividades relacionadas a la ejecución de la relación contractual por encargo de Interseguro.



## TRATAMIENTO OPCIONAL:

Usted, como Asegurado, dependiendo de la opción que marque al final de este casillero, puede otorgar de forma libre, expresa, previa e inequívoca, su consentimiento para que Interseguro transfiera los Datos Personales a las empresas de su grupo económico - Intercorp[4], y para que Interseguro y dichas empresas puedan, respecto a sí mismas: tratar sus Datos Personales con la finalidad de ofrecer, enviar información y publicidad sobre productos y servicios, ofertas y promociones, sea de forma directa o a través de terceras empresas contratadas para tales finalidades, a través de medios personalizados o de sistemas de comunicación masiva; así como para que Interseguro realice estudios de mercado y elaboración de perfiles de compra. Este Tratamiento es Opcional y se realizará hasta el momento en que usted revoque el consentimiento.

Asegurado	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sí acepto	<input type="checkbox"/> No acepto

## PARA EL TRATAMIENTO NECESARIO Y EL TRATAMIENTO OPCIONAL:

Interseguro le informa que usted puede ejercer de forma libre, gratuita y en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de Datos Personales, mediante el envío de una comunicación a [servicios@interseguro.com.pe](mailto:servicios@interseguro.com.pe) o en la Av. Paseo de la Republica 3071, San Isidro, Lima, Perú, conteniendo lo siguiente: a) nombres y apellidos del titular del derecho y acreditación de los mismos. En caso de actuar a través de representante legal, deberá, adicionalmente, adjuntar copia del DNI del representante legal y del título que acredite la representación; b) Petición concreta que da lugar a la solicitud; c) domicilio o dirección electrónica, a efectos de recibir las respuestas o notificaciones; d) Fecha y firma (no aplica firma si es por vía de correo electrónico); e) Documentos que sustenten la petición, de ser el caso. Interseguro atenderá las solicitudes cumpliendo con los plazos y formalidades que establece la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

### IMPORTANTE:

**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.**

**El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la Póliza a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días desde la fecha en que La Compañía o Entidad Financiera recibe la solicitud presentada por el Asegurado.**

**Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiarios a la Entidad Financiera, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubieran presentado a La Compañía y se entienden recibidas en la misma fecha; así como los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago a la Entidad Financiera se consideran abonados a La Compañía en la fecha de realización del pago.**

**La empresa es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.**

**La empresa es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso 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**

En señal de conformidad a todos los acuerdos anteriormente mencionados, suscribo la presente:

Firma del Contratante	Fecha

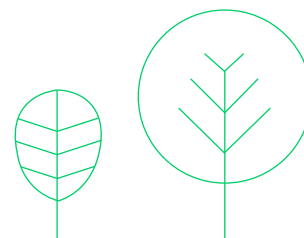
COMPAÑÍA DE SEGUROS:	CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR:
INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. RUC: 20382748566 D: Av. Paseo de la República 3071, San Isidro T: 611-4700 CORREO: servicios@interseguro.com.pe	BANCO INTERNACIONAL DEL PERU S.A. - INTERBANK RUC: 20100053455 D: Jr. Carlos Villarán N° 140, Urb. Santa Catalina, La Victoria T: 311-9000

[1] La Ley de Protección de Datos Personales define al tratamiento de datos personales como cualquier operación o procedimiento técnico, automatizado o no, que permite la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción, consulta, utilización, bloqueo, supresión, comunicación por transferencia o por difusión o cualquier otra forma de procesamiento que facilite el acceso, correlación o interconexión de los datos personales.

[2] Banco Internacional del Perú S.A.A. – Interbank (Av. Carlos Villarán 140, La Victoria, Lima, Perú) para comercialización de productos; Affinity Latam Solutions S.A.C. (Av. Santo Toribio Nro. 115 Int. Pis8, Lima, Perú) para recaudación de primas; Hernán Santiago Christiansen Briceño (Loma Flor 197, Dpto. 301, Surco, Lima, Perú), Hugo Ramón Guillermo Razuri Ramírez (C. los Sauces 260, La Molina, Lima, Perú) para evaluación médica; Olva Curier S.A.C. (Av. Gral. Alvarez de Arenales Nro. 1775, Lince, Lima, Perú) para distribución de cartas de siniestros; Gestión de Soluciones Digitales S.A.C. (Av. Petit Thouars Nro. 4957, Miraflores, Lima, Perú) para digitalización de documentos; Iron Mountain Perú S.A. (Av. Elmer Faucett 3462, Callao, Perú) para custodia de documentos físicos; Enotria S.A. (Av. Nicolás Ayllón 2890 Ate Vitarte Lima 3 – Perú) para generación, impresión y distribución de pólizas y EECC; Masterbase Perú S.A.C. (C. Los Zorzales 160, Piso 3, San Isidro, Lima, Perú) para envío de pólizas por correo electrónico e Intico Perú S.A.C. (C. Manuel Gonzáles Olaechea 338, Int. 101, San Isidro, Lima, Perú) para envío de información por SMS.

[3] No Aplica

[4] Banco Internacional del Perú S.A.A. – Interbank (Av. Carlos Villarán 140, La Victoria, Lima, Perú), Interfondos S.A. Sociedad Administradora de Fondos (Av. Carlos Villarán 140, Piso 6, La Victoria, Lima, Perú), Financiera Oh! S.A. (Av. Aviación 2405, Piso 9, San Borja, Lima, Perú), Tiendas Peruanas S.A. (Av. Aviación 2405, Piso 7, San Borja, Lima, Perú), Inteligo Sociedad Agente de Bolsa S.A. (Av. Rivera Navarrete 501, Piso 21, San Isidro, Lima, Perú), Supermercados Peruanos S.A. (C. Morelli 181, Piso 2, San Borja, Lima, Perú), Real Plaza S.R.L. (Av. Punta del Este 2403, Piso 2, Jesús María, Lima, Perú), Inretail Pharma S.A. (Av. Defensores del Morro 1277, Chorrillos, Lima, Perú), Colegios Peruanos S.A. (Av. Carlos Villaran 140, Piso 7, La Victoria, Lima, Perú), Universidad Tecnológica del Perú S.A.C (C. Natalio Sánchez 125, Lima, Perú).



# CONDICIONADO DEL SERVICIOS DE PROGRAMA "INTERSEGURO - ASISTENCIA SALUD IBK" SUSCRITO ENTRE IMPULSA365 S.A.C Y INTERSEGURO COMPAÑIA DE SEGUROS.

## 1. INTRODUCCIÓN

**INTERSEGURO COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.** con su programa "**INTERSEGURO - ASISTENCIA SALUD IBK**", le brinda Asistencia Médica y Asesoría por Desempleo, las 24 horas del día, los 365 días del año. Con tan sólo una llamada, dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier problema, sujetándose para ello al presente contrato.

## 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

### 2.1 DEFINICIONES.

Siempre que se utilicen letras mayúsculas en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

**A INTERSEGURO: INTERSEGURO COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**

**B I365: IMPULSA365 S.A.C**

**C AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS:** Es la persona física **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS a INTERSEGURO COMPAÑIA DE SEGUROS** que se haya **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS a "INTERSEGURO - ASISTENCIA SALUD IBK"**. Dentro de este rubro se entenderán como **BENEFICIARIOS del AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** el cónyuge, hijos y/o dependientes menores de 18 años que vivan permanentemente y bajo la dependencia económica del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS**, quienes podrán gozar de todos los servicios a los que tiene derecho el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.

**D SOLES:** La moneda en curso legal en la República del Perú.

**E SERVICIOS:** Los servicios de asistencia contemplados en "INTERSEGURO COMPAÑIA DE SEGUROS" y que se refiere el presente documento.

**F SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Todo hecho, acto, accidente, consulta y atención del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidas en el documento, que den derecho a la prestación de los **SERVICIOS**.

**G**

**FECHA DE INICIO:** Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece **I365** estarán a disposición del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** de **INTERSEGURO COMPAÑIA DE SEGUROS**.

**H**

**PAÍS DE RESIDENCIA:** La República del Perú.

**I**

**REPRESENTANTE:** Cualquier persona, sea o no acompañante del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

**J**

**TERRITORIALIDAD PARA EL SERVICIO:** A nivel nacional.

## 3. BENEFICIOS

### 3.1 SERVICIOS MÉDICOS:

**A**

**TELEMEDICINA:**

En caso de que el **AFILIADO** requieran de una consulta médica por video llamada ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), **I365** gestionará la habilitación de un consultorio virtual con:

- Médico en medicina general para que absuelva su consulta. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LÍMITE DE EVENTOS Y SIN LIMITE DE COSTO.**

Para hacer uso de la telemedicina el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** deberá comunicarse previamente con la central de emergencias y solicitar la cita. El canal de comunicación para agendar la cita con la especialidad requerida estará disponible las 24 horas del día.

**IMPORTANTE:** el **AFILIADO** debe previamente llamar a la central para que le enviemos luego del triaje telefónico un link por mail o por SMS para la video consulta.

**B**

**ENVIO DE MEDICOS A DOMICILIO:**

En caso de que el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** sufran una enfermedad o padecimiento del momento y que requiera la evaluación o diagnóstico de un Médico General, **I365** gestionará y cubrirá el costo del traslado del médico a la residencia del **AFILIADO**, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** siempre y cuando exista la infraestructura o red privada que lo permita.

Las visitas médicas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados por **I365**, no están cubiertas, y **I365** no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** o terceros. **CO PAGO DE S/. 35.00 NUEVOS SOLES, SIN LIMITES DE EVENTOS.**

**El médico a domicilio no entrega receta médica ni medicamentos.**

**C****CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA: CONTARÁ CON UN PERIODO DE CARENCIA DE 30 DÍAS**

Cuando el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** requiera realizar consulta médica en medicina general, ginecología y pediatría, **I365** a través de su proveedor de servicios y a solicitud del **AFILIADO** se coordinará en los centros médicos afiliados a su red la cita correspondiente para que el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** sean atendidos. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LÍMITE DE EVENTOS Y SIN LIMITE DE COSTO.**

\*\*\*\* Solo se reembolsará S/ 25.00 por consulta y sólo en aquellos casos donde no exista red de centros médicos afiliados. \*\*\*\*

**D****MEDICAMENTOS GENÉRICOS DERIVADOS DE LA CONSULTA MEDICA (TRATAMIENTO NO MAYORES A 15 DÍAS)**

En caso de que el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** requiera de la entrega de medicamentos genéricos luego de la consulta médica a domicilio por EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA con nuestra red médica. **I365** cubrirá la entrega o el reembolso de dichos medicamentos hasta por un tratamiento máximo de 15 días. El servicio aquí indicado se realizará: **HASTA S/. 25.00 Y SIN LIMITE DE EVENTOS AL AÑO.**

Los medicamentos derivados de la consulta médico son genéricos. Estos deben ser recetados por el doctor dentro de la atención médica y la cobertura abarca a medicamentos destinados a solucionar la urgencia del paciente, se brinda medicamentos para un máximo de hasta 15 (quince) días de tratamiento. No están en cobertura, así estén recetados, productos cuyo fin sea el inicio, continuidad o fin de tratamientos.

**E****PRUEBA COVID - 19: CONTARÁ CON UN PERIODO DE CARENCIA DE 30 DÍAS**

En caso de que el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** requiera el descarte de prueba Covid por ser sintomático o haber tenido contacto con alguna persona que dio positivo Covid, el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** pasara por un triaje médico para que a través de **I365** se coordine la prueba necesaria (Antígeno ó Molecular). El servicio aquí indicado se realizará: **HASTA S/. 100.00 Y UN (1) EVENTO AL AÑO.**

**F****AMBULANCIA POR EMERGENCIA:**

En caso de que el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** sufra una enfermedad grave o accidente tales que requieran su hospitalización o estabilización, **I365** gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad con un límite máximo de: **S/ 400.00 SOLES POR CADA EVENTO Y CON NÚMERO MÁXIMO DE CUATRO (3) EVENTOS AL AÑO.**

**G****REFERENCIAS Y COORDINACIÓN DE PRUEBAS COVID-19, OXIGENO, CAMAS UCI**

Cuando el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** requiera de datos sobre pruebas COVID-19, oxígeno, camas UCI, deberá llamar a **I365** para que éste último le proporcione información requerida. Estos servicios estarán a cargo del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** quienes podrán coordinar directamente la entrega del producto o servicio quedando a cargo del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** los costos y cualquier otro gasto en que deba incurrirse, los cuales serán pagados por el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. El presente servicio se prestará **SIN LÍMITE DE EVENTOS Y SIN LIMITE DE COSTO**.

En las demás localidades del Perú a excepción de LIMA, **I365** hará lo posible por ayudar al **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** a contactar un establecimiento. En este caso, el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** también deberá pagar con sus propios recursos los gastos en que incurra al recibir el producto o servicio, **I365** no asumirá responsabilidad alguna en relación con el producto, servicio o la atención prestada o falta de esta por parte de los establecimientos contactados.

## 4. EXCLUSIONES

- A)** Cuando el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- B)** Cuando el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** no se identifique como **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS de INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS**.
- C)** Cuando el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.

## 5. EXCLUSIONES GENERALES:

- A)** La mala fe del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** comprobada por el personal de **I365**.
- B)** Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc. Daños intencionales, así como los causados por guerra, rebelión, asonada, motín, protesta, paro y situaciones que alteren la seguridad pública.
- C)** Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los servicios.
- D)** Están excluidas de la presente cobertura las pandemias, sospechas de pandemias y epidemias advertidas por la OMS o MINSA, para lo cual se deberá seguir el protocolo de atención según el MINSA haya notificado.
- E)** Falta de cooperación del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** para la recuperación de los costos o gastos asociados a reembolsos autorizados por la empresa (**I365**), según sea el caso.

En caso de que el costo del servicio de exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS**.

**I365** avisará a **INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS** de los servicios improcedentes por las causas arriba citadas para verificar si éste autoriza la prestación del servicio por la calidad del cliente de que se trate siempre y cuando que por circunstancias de la hora y el día se pueda comunicar inmediatamente, de lo contrario se reportará al día siguiente hábil por escrito.

## 6. OBLIGACIONES DEL AFILIADO:

---

Con el fin de que el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

**A** Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **I365**.

**B** Identificarse como **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** ante los funcionarios del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** ante personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

## 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ASISTENCIA:

---

**A** El **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** deberá llamar a la Central de Emergencia: (01) 2136655 seguidamente, deberá identificarse con el nombre del **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS**, DNI, teléfono y dirección para la validación respectiva.

**B** **EL SERVICIO** se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborables.

**C** En el caso de los beneficios adicionales, el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** deberá abonar el importe por concepto de deducibles y/o gastos no cubiertos que correspondan según las condiciones establecidas en la póliza que tenga contratada.

## 8. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

---

Queda entendido que **I365** podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad.