

CÓDIGO SBS RG2025700231

SOLICITUD -  
CERTIFICADO

PROTECCIÓN  
DE CRÉDITOS FULL



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 F	<b>Fecha de Nacimiento:</b> Día Mes Año	
<b>Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):</b>	<b>N° / Mz / Lt:</b>	<b>Dpto / Of. / Int.:</b>	<b>Distrito:</b>	<b>Provincia:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Teléfono Fijo:</b>	<b>Celular:</b>	<b>Correo electrónico:</b>	
<b>Ocupación:</b>	<b>Relación del Asegurado con el Contratante:</b> Cliente que solicita un crédito personal al Contratante.			
<b>Trabajador:</b> <input type="checkbox"/> <b>Dependiente</b> (contrato de trabajo fijo o indefinido verbal o escrito a tiempo completo, y registrado en la planilla del empleador) <input type="checkbox"/> <b>Independiente</b> (trabajador independiente que ejerza una actividad lucrativa)				

## ACTORES DEL SEGURO

<b>Contratante / Comercializador</b>	<b>Asegurado</b>
Banco Internacional del Peru S.A - Interbank	Cliente de Banco Internacional del Peru S.A. - Interbank identificado en esta Solicitud-Certificado.
<b>Beneficiarios</b>	
Persona o entidad autorizada por parte del Asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de solicitar la activación de cobertura.	
<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Para la Cobertura de Muerte Accidental:</b> El/los beneficiario(s) son los herederos legales.</li><li>○ <b>Para la Cobertura de Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal:</b> El beneficiario será el Banco. Únicamente en caso la deuda fuese inferior al monto de la suma asegurada, la diferencia será abonada directamente al Cliente.</li></ul>	

## CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

	Coberturas que Aplican		
	Coberturas Principales		Cláusula Adicional
	Desempleo involuntario	Incapacidad Temporal	Muerte Accidental
Contrato como empleado directo de una compañía a plazo fijo o indefinido.	✓		✓
Para contrato a plazo fijo aplica si el Asegurado ha trabajado mínimo 12 meses consecutivos.	✓		✓
Servidor Público.	✓		✓
Trabajador independiente con RUC activo.		✓	✓

## CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Descripción	Desempleo Involuntario	Incapacidad Temporal	Cláusula Adicional Muerte Accidental
<b>Sumas y límites asegurados</b>	Pago de 6 cuotas del monto según plan elegido.	Pago de 6 cuotas del monto según plan elegido.	Pago único de S/ 10,000
<b>Eventos a cubrirse en cada cobertura</b>	Ilimitados	Ilimitados	1 evento
<b>Periodo de Carencia</b>	60 días	60 días	No aplica
<b>Deducible</b>	Primera cuota del crédito		No aplica
<b>Edad mínima de ingreso</b>	18 años		
<b>Edad máxima de ingreso</b>	Hasta un día antes de cumplir 76 años		
<b>Edad máxima de permanencia</b>	Hasta culminar el mes que cumple 86 años		

## VIGENCIA Y PRIMAS DEL SEGURO SEGÚN PLAN

 Plazo del crédito		Desempleo/Incapacidad 6 cuotas hasta de:					
		S/ 900		S/ 1,200		S/ 1,800	
		Sin IGV	Con IGV	Sin IGV	Con IGV	Sin IGV	Con IGV
Plan 1	Hasta 6 meses	S/ 61.86 <input type="checkbox"/>	S/ 73 <input type="checkbox"/>	S/ 82.20 <input type="checkbox"/>	S/ 97 <input type="checkbox"/>	S/ 123.72 <input type="checkbox"/>	S/ 146 <input type="checkbox"/>
Plan 2	7 a 9 meses	S/ 93.22 <input type="checkbox"/>	S/ 110 <input type="checkbox"/>	S/ 124.58 <input type="checkbox"/>	S/ 147 <input type="checkbox"/>	S/ 186.44 <input type="checkbox"/>	S/ 220 <input type="checkbox"/>
Plan 3	10 a 12 meses	S/ 122.88 <input type="checkbox"/>	S/ 145 <input type="checkbox"/>	S/ 163.56 <input type="checkbox"/>	S/ 193 <input type="checkbox"/>	S/ 245.76 <input type="checkbox"/>	S/ 290 <input type="checkbox"/>
Plan 4	13 a 18 meses	S/ 156.78 <input type="checkbox"/>	S/ 185 <input type="checkbox"/>	S/ 209.32 <input type="checkbox"/>	S/ 247 <input type="checkbox"/>	S/ 313.56 <input type="checkbox"/>	S/ 370 <input type="checkbox"/>
Plan 5	19 a 24 meses	S/ 213.56 <input type="checkbox"/>	S/ 252 <input type="checkbox"/>	S/ 284.75 <input type="checkbox"/>	S/ 336 <input type="checkbox"/>	S/ 427.12 <input type="checkbox"/>	S/ 504 <input type="checkbox"/>
Plan 6	25 a 36 meses	S/ 312.7 <input type="checkbox"/>	S/ 369 <input type="checkbox"/>	S/ 416.95 <input type="checkbox"/>	S/ 492 <input type="checkbox"/>	S/ 625.42 <input type="checkbox"/>	S/ 738 <input type="checkbox"/>
Plan 7	37 a 48 meses	S/ 384.75 <input type="checkbox"/>	S/ 454 <input type="checkbox"/>	S/ 512.71 <input type="checkbox"/>	S/ 605 <input type="checkbox"/>	S/ 769.49 <input type="checkbox"/>	S/ 908 <input type="checkbox"/>
Plan 8	49 a 60 meses	S/ 488.98 <input type="checkbox"/>	S/ 577 <input type="checkbox"/>	S/ 651.69 <input type="checkbox"/>	S/ 769 <input type="checkbox"/>	S/ 977.97 <input type="checkbox"/>	S/ 1,154 <input type="checkbox"/>

% de cargos por la comercialización de seguros a través de Banca Seguros u otro comercializador.

40%

**Fecha de Inicio de Vigencia:** Desde las 00:00 horas del día siguiente a la fecha de la firma de la Solicitud - Certificado del seguro por parte del Asegurado.

**Fecha de Término de Vigencia:** La vigencia de las coberturas finaliza (i) en la fecha indicada en el Plan elegido en su Solicitud-Certificado, quedando la Compañía de Seguros liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido de manera posterior o (ii) hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución.

### RENOVACIÓN DEL SEGURO

La vigencia de la Póliza de Seguro podrá ser bajo la condición "Con Renovación Automática" o "Sin Renovación Automática", lo cual estará descrito en la Solicitud-Certificado, según corresponda. Solo en caso la Póliza sea "Con Renovación Automática", podríamos proponer modificaciones para la próxima vigencia, las cuales serán comunicadas por correo electrónico con una anticipación mínima de 45 días calendarios a la fecha de culminación de la vigencia en curso. Dentro de los 30 días siguientes contados desde la notificación de la comunicación, el Asegurado deberá indicar a la Compañía de Seguros si rechaza las modificaciones. En caso que no contemos con su pronunciamiento, entenderemos que ha aceptado las modificaciones para la próxima vigencia, emitiéndose la póliza señalando las mismas en caracteres destacados.

CONDICIÓN ESPECIAL: SIN RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

## CONDICIONES DEL SEGURO

### RIESGOS CUBIERTOS

#### 1 Desempleo Involuntario:

Situación que se produce por la terminación del contrato laboral debido a circunstancias no imputables al actuar del Asegurado y que supone la privación total de ingresos por conceptos de carácter laboral. A su vez, también se considera como desempleo involuntario la terminación de la relación laboral por mutuo acuerdo o mutuo disenso, siempre y cuando se verifique la existencia de una indemnización por los años de servicio de acuerdo a los montos previstos por la ley. Esto último debe reflejarse en el documento de liquidación de beneficios sociales.

La Compañía de Seguros pagará al beneficiario cuando se presenten alguna de las siguientes situaciones durante su vigencia:

Si tu contrato termina por:	
Sin justa causa Artículos 23°, 24° y 29° del Decreto Supremo 003-97-TR	<ul style="list-style-type: none"><li>● Ser despedido sin justa causa o por alguna causal de despido nulo.</li><li>● En caso de Contrato a Plazo Fijo si este terminó antes del plazo establecido originalmente.</li></ul>
Mutuo Disenso	<ul style="list-style-type: none"><li>● Que el Asegurado y su empleador decidan dar por terminado el contrato.</li><li>● Que las bonificaciones adicionales percibidas al momento del cese, sean equiparables con aquellas que le hubieran correspondido en caso de despido arbitrario.</li></ul>

Si el Asegurado ha terminado su contrato laboral sin justa razón o por mutuo disenso, y la Compañía de Seguros hubiera pagado por esta cobertura, el Asegurado podría volver a solicitar una nueva cobertura únicamente cuando hayan transcurrido más de 12 meses en su nuevo empleo.

#### 2 Incapacidad Temporal:

Situación temporal a consecuencia de una enfermedad o accidente causante de la incapacidad del Asegurado para el desarrollo de su profesión o actividad laboral.

Dicha incapacidad temporal debe ser diagnosticada por un profesional médico colegiado, siendo sustentada con los documentos requeridos en la presente póliza. Además, es necesario que la incapacidad tenga una duración mínima de 30 días continuos y que el Asegurado no haya causado directa o indirectamente la incapacidad.

El derecho a la indemnización cesará en el momento en que el Asegurado pueda reanudar o reanude, aún de manera parcial e incluso a pesar de no haber alcanzado su total curación, alguna actividad lucrativa en su mismo puesto o en otro al que haya sido transferido al ser más compatible con sus actuales capacidades y aptitudes, y también si su estado pasa a ser de Incapacidad Total Permanente en los términos descritos por la normativa del Sistema Privado de Pensiones (SPP).

Si durante la vigencia de la póliza el Asegurado cambia su condición de trabajador dependiente a independiente o viceversa, la póliza le brindará las coberturas de su nueva condición.

### **CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES:**

Durante la vigencia del contrato la Compañía de Seguros podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de treinta (30) 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.

En los seguros colectivos, la Compañía de Seguros debe proporcionar la información suficiente al Contratante para que este último haga de conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

## **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.

**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 Comercializador 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 y al Asegurado 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. En el caso de los seguros grupales la comunicación será dirigida al asegurado sin perjuicio de la comunicación que corresponda al contratante, así como deberá ser remitida antes de los 30 días para que se proceda con la suspensión de la cobertura, 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 y/o Asegurado, 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 el 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 el periodo 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 en caso el Contratante y/o el Asegurado no realice 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.

## EXCLUSIONES:

### DESEMPLEO:

**A**

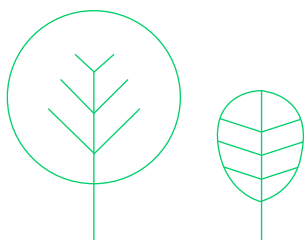
Terminación de tu contrato de trabajo durante el periodo de prueba o convenio de modalidad formativa. No renovación del contrato de trabajo a plazo fijo.

**B**

Suspensión de tu contrato de trabajo por cualquier causa. Por ejemplo: goce de vacaciones, licencias con o sin goce de haberes, entre otras que determine la ley.

**C**

Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.



**D**

Causales de extinción del contrato de trabajo: Fallecimiento, renuncia o retiro voluntario del trabajador, término de la obra o servicio, e invalidez total permanente declarada de acuerdo a las normas del Sistema Privado de Pensiones (SPP) y jubilación.

**E**

Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público (incluye FFAA y Policiales).

**F**

Cuando la pérdida del empleo o la notificación de la desvinculación laboral haya ocurrido con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

**G**

Trabajadores contratados bajo el régimen de Contratación Administrativa de Servicios (CAS).

**H**

Contratos de trabajo a tiempo parcial.

## INCAPACIDAD TEMPORAL:

**A**

El embarazo, su interrupción o parto, así como los periodos de descanso obligatorio y voluntario que procedan por maternidad o paternidad y los derivados de sus complicaciones.

**B**

Tratamientos y/o cirugías estéticas.

**C**

Lesiones, intento de suicidio, padecimientos o cualquier incapacidad intencionalmente auto causada.

**D**

Las producidas cuando el Asegurado se encuentre con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el mismo.

**E**

Las producidas durante un desafío, lucha o riña, o en actos delictivos excepto caso probado de legítima defensa.

**F**

Dolores de espalda, cefaleas y lumbalgias salvo que existan evidencias demostradas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammagrafías, scanners, T.A.C., etc.) y que sean causantes de la Incapacidad Temporal.



**G** Enfermedades psiquiátricas, mentales o nerviosas, incluyendo el estrés y afecciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista.

**H** Enfermedades y/o lesiones accidentales preexistentes, y/o enfermedades manifestadas durante el Período de Carencia.

**I** Manipulación de explosivos o armas de fuego.

## TERMINACIÓN DEL SEGURO

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

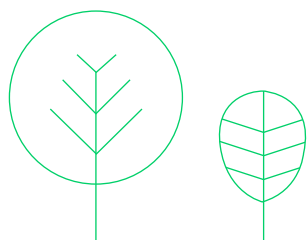
**A** Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12.

**B** Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 6.

**C** Cuando al momento de evaluar la solicitud de cobertura se evidencie que esta ha sido interpuesta en base a documentos y declaraciones falsas, los cuales se encuentran establecidos en el Artículo N° 9 del presente condicionado. Asimismo, La Compañía de Seguros comunicará la resolución al Contratante y al asegurado dentro de los treinta (30) días posteriores de haber tomado conocimiento del fraude.

**D** 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 de que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía de Seguros 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 periodo cubierto. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al período no cubierto. La devolución de la prima se realizará en forma directa al Contratante o, en caso el Asegurado solicite la resolución en virtud del literal a), esta se efectuará a través del Contratante, según corresponda, teniendo como plazo para la devolución treinta (30) días calendario contados desde la fecha de presentación de la solicitud de resolución.



## SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA:

El Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa del presente contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión con una anticipación no menor a 30 días calendario, adjuntando la siguiente documentación:

- A) Carta dirigida al Comercializador o a La Compañía de Seguros 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 de Seguros ([www.interseguro.com.pe](http://www.interseguro.com.pe)), en el domicilio del Comercializador o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Asegurado tuviese 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 de Seguros procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada. Asimismo, en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, computado desde la fecha de presentación de la solicitud de resolución, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado, de corresponder. 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. El contrato terminará a las 23:59 horas del día en que se recibe la solicitud de la resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a partir de las 00:00 horas del día siguiente 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 los casos de los numerales 1, 2 y 3, se procederá a la devolución de la prima pagada en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, computados desde la notificación de la comunicación que declara la nulidad. 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 el caso del numeral 1, las primas pagadas por el primer año de duración del contrato quedarán adquiridas por La Compañía a título indemnizatorio, procediéndose a la devolución de las primas restantes, de corresponder, en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, computados desde la notificación de la comunicación que declara la nulidad.

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

El aviso del siniestro deberá ser comunicado a La Compañía de Seguros en los Centros de Atención al Cliente dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura deberán presentar por escrito o a través del mecanismo definido e informado previamente por la Compañía lo siguiente:

	Trabajador formal con contrato	Trabajador Público	Trabajador independiente con RUC activo
Formulario de declaración de siniestros firmada por el Asegurado, en el que declare la ocurrencia del siniestro.			
Copia legalizada de la Liquidación de beneficios sociales y constancia del pago del beneficio por despido o mutuo disenso, salvo que se trate de un despido de hecho o de facto. (O documento similar expedido por la entidad pública)			
Copia legalizada de la Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador.			

	Trabajador formal con contrato	Trabajador Público	Trabajador independiente con RUC activo
Original o copia legalizada del informe del médico tratante sobre enfermedad o accidente, según corresponda.			
Original o copia legalizada de la historia Clínica del Asegurado			

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.

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.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

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

**Derecho de Arrepentimiento:** 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.

La información suministrada, así como la descripción detallada de las coberturas, exclusiones y demás características de este seguro, están disponibles en el Condicionado al que puede acceder por medio de los siguientes canales:

Línea de atención al cliente de INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. En cada ciudad o a nivel nacional.

Oficinas de INTERBANK a nivel nacional.



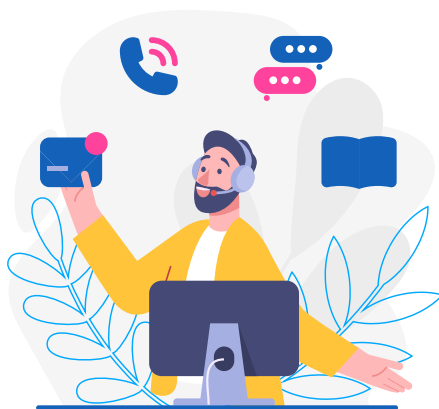
A través de la página web y/o link que se indica a continuación:

[www.interseguro.com.pe](http://www.interseguro.com.pe)

y/o código QR señalado en la presente Solicitud-Certificado a través de cualquier dispositivo móvil.

## 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. El área de Atención al Cliente es la encargada de atender los reclamos.



### Centros de Atención al Cliente:

**Sede:** Lima  
**Dirección:** Av Javier Prado Este 476,  
San Isidro.  
**Teléfono:** 500-0000

**Página web:** [www.interseguro.pe](http://www.interseguro.pe)

### MECANISMO DE COMUNICACIÓN PACTADO

De acuerdo a lo establecido en el Art. N° 24.7 del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, el Asegurado declara su conformidad para que el mecanismo de comunicación asociado a la póliza sea el correo electrónico.

El Asegurado deja expresa constancia de su aprobación, acordando que, desde la fecha de suscripción del presente documento, el envío de su póliza, promociones, cartas y/u otra documentación, será recibida a través del correo electrónico declarado.

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

Las instancias habilitadas 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).**

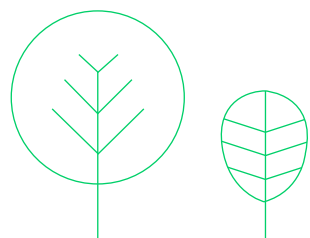
**El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI (Dirección: Calle La Prosa S/N San Borja, web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)).**

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

**El pacto de la vía arbitral por acuerdo entre las partes es válido luego de producido el siniestro y siempre que supere los límites fijados por la SBS.**

**A través de un Arbitraje de Consumo, en caso de aceptación por parte de La Compañía y de conformidad con lo regulado por INDECOPI.**

**Vía Judicial para toda controversia, disputa, litigio, o discrepancia entre el Asegurado, Contratante, Beneficiarios y la Compañía de Seguros.**



# CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES

## POLÍTICA DE PRIVACIDAD

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:

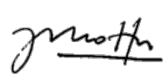
Usted, como Asegurado, dependiendo de la opción que marque al final de este casillero, puede otorgar de forma libre, expresa, previa e inequívoca, su consentimiento para que Interseguro transfiera los Datos Personales a las empresas de su grupo económico - Intercorp[4], y para que Interseguro y dichas 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.

El formulario muestra un campo de entrada con el título "Asegurado". Debajo de este campo hay dos botones de selección: "Sí acepto" y "No acepto". El botón "Sí acepto" está actualmente seleccionado. El formulario está decorado con ilustraciones de edificios, árboles y un coche.

## 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, comunicándose al número 500-0000, Opción 5; o, enviando una comunicación escrita en la Avenida Javier Prado Este 476, 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 de 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.

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 del Representante de la Compañía
		

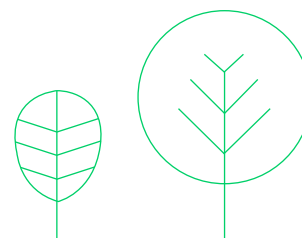
COMPAÑÍA DE SEGUROS:	CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR:
<b>INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A</b> RUC: 20382748566 DIRECCIÓN: AV JAVIER PRADO ESTE 942, LIMA 15073	<b>BANCO INTERNACIONAL DEL PERU S.A. - INTERBANK</b> RUC: 20100053455 DIRECCIÓN: Av. Carlos Villarán N°140, Urb. Santa Catalina, La Victoria, Lima

[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.AC. (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).





## ANEXO 1 - ASISTENCIAS

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

## 1. INTRODUCCIÓN

**INTERSEGURO COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.** con su programa "**INTERSEGURO - ASISTENCIA DESEMPLEO**", 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:** Es la persona natural afiliado por **INTERSEGURO**, por haber contratado **Protección de Créditos Full**.

**D TITULAR:** Asegurado principal de **INTERSEGURO**.

**E BENEFICIARIOS:** Conyugue e hijos menores de 18 años.

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

**G SERVICIOS:** Los servicios de asistencia contemplados en el programa "INTERSEGURO - ASISTENCIA SEGURO DE DESEMPLEO 360" a los que se refiere el presente documento.

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

**I**

**FECHA DE INICIO:** Fecha desde la cual los servicios de asistencia que ofrece **I365** estarán a disposición del **AFILIADO de INTERSEGURO**.

**J**

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

**K**

**REPRESENTANTE:** Cualquier persona, sea o no acompañante del **AFILIADO** que, con su autorización, realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

**L**

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

## 3. BENEFICIOS

### 3.1 SERVICIOS MÉDICOS:

**A**

**ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y REFERENCIA:**

En caso de que el **AFILIADO** y sus **BENEFICIARIOS** requiera de una consulta telefónica con un médico ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), **I365** gestionará y coordinará un enlace telefónico con un médico especialista en medicina general para que absuelva su consulta, así como también brindará referencia al tema. Este servicio se brindará las 24 horas del día. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LÍMITE DE EVENTOS**.

**B**

**ENVIO DE MEDICOS A DOMICILIO:**

En caso de que el **AFILIADO** y sus **BENEFICIARIOS** **padezca** una enfermedad o padecimiento, 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 su estado de salud o padecimiento, 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, e **I365** no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el **AFILIADO** o terceros. **COPAGO DE S/. 35.00 SOLES, 1 EVENTO AL AÑO, HASTA S/ 300.00 SOLES POR EVENTO.**

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

**C****TELEMEDICINA:**

En caso de que el AFILIADO y sus BENEFICIARIOS requiera 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 LÍMITE DE COSTO.**
- Médico en la especialidad de Ginecología, para que absuelva su consulta. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LÍMITE DE COSTO Y MÁXIMO DOS (02) EVENTOS AL AÑO.**
- Médico en la especialidad de Pediatría, para que absuelva su consulta. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LÍMITE DE COSTO Y MÁXIMO DOS (02) EVENTOS AL AÑO.**
- Médico en la especialidad de Psicología, para que absuelva su consulta. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LÍMITE DE COSTO Y MÁXIMO DOS (02) EVENTOS AL AÑO.**
- Médico en la especialidad de Nutrición, para que absuelva su consulta. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LÍMITE DE COSTO Y MÁXIMO DOS (02) EVENTOS AL AÑO.**

Para hacer uso del servicio de telemedicina el AFILIADO 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, luego del triaje telefónico, se le envíe el link de la videoconsulta por medio de mensaje de texto (SMS) o vía correo electrónico.

**D****CHECKUP (Colesterol, Triglicéridos, Glucosa, Examen de Orina)**

En caso de que el AFILIADO y sus BENEFICIARIOS , requiera de exámenes básicos como colesterol, triglicéridos, glucosa y examen de orina, I365 coordinará la realización de estos en la red de clínicas más cercana al domicilio del cliente. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LÍMITE DE COSTO Y MÁXIMO DOS (02) EVENTOS AL AÑO.**

**3.2 ASISTENCIA DESEMPLEO:****E****EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y PRUEBAS DE APTITUDES Y COMPETENCIAS LABORALES**

I365 pone a disponibilidad del AFILIADO el servicio de evaluación psicológica. En caso de que el AFILIADO mayor a 18 años lo requiera y, a su solicitud, I365 coordinará el servicio con un profesional en la materia que se desempeña en el departamento de Recursos Humanos, para establecer una primera evaluación de competencias y aptitudes para establecer el perfil laboral del cliente.

Este servicio se prestará en horarios de lunes a domingo de 8:00 am a 9 pm.

El servicio aquí indicado se realizará: **SIN COSTO Y MÁXIMO DOS (02) EVENTOS AL AÑO**

### **SIMULACRO DE ENTREVISTA**

**G**

**I365** pondrá a disposición del **AFILIADO** un profesional en la materia, que se desempeña en el departamento de Recursos Humanos, para establecer una entrevista enfocada en el cargo o puesto que desea desempeñar. Este servicio se prestará en horarios de lunes a domingo de 8:00 am a 9:00 pm. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN COSTO Y MÁXIMO DOS (02) EVENTOS AL AÑO**

### **EVENTOS NETWORKING, BOLSA DE TRABAJO E INDEX LABORAL**

**H**

**I365** pondrá a disposición del **AFILIADO** un profesional en la materia, que se desempeña en el departamento de Recursos Humanos, para suministrar información al afiliado sobre:

- Principales eventos Networking acorde a su perfil profesional. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN COSTO Y MÁXIMO DOS (02) EVENTOS AL AÑO.**
- Bolsa de trabajo e Index Laboral. **SIN LÍMITE COSTOS Y SIN LÍMITE DE EVENTOS.**

Este servicio se prestará en horarios de lunes a domingo de 8:00 am a 9:00 pm

## **4. EXCLUSIONES GENERALES:**

De verificarse alguna de las condiciones señaladas a continuación, no se brindarán las asistencias descritas en el presente documento:

**A)** Cuando el **AFILIADO** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.

**B)** Cuando el **AFILIADO** no se identifique como asegurado de **INTERSEGURO**.

**C)** Cuando el **AFILIADO** incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.

**D)** La mala fe del **AFILIADO** comprobada por el personal de **I365**.

**E)** Los eventos y/o fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.

**F)** Daños intencionales, así como los causados por guerra, rebelión, asonada, motín, protesta, paro y situaciones que alteren la seguridad pública.

**G)** Hechos y actos de las Fuerzas Armadas, Fuerzas o Cuerpo de Seguridad.

**H)** Ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.

**I)** Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los servicios.

**J)** Falta de cooperación del **AFILIADO** para la recuperación de los costos o gastos asociados a reembolsos autorizados por la empresa (**I365**), según sea el caso.

**I365** avisará a **INTERSEGURO** de los servicios improcedentes por las causas arriba citadas para verificar si éste autoriza la prestación del servicio por motivos comerciales; 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.

## 5. OBLIGACIONES DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_

Con el fin de que el AFILIADO 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 ante los funcionarios de I365 y ante las personas que ésta contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

## 6. PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ASISTENCIA: \_\_\_\_\_

**A** El AFILIADO deberá llamar a la Central de Emergencia: (01) 2136655 y seguidamente, deberá identificarse con su nombre completo, número de 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 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.

**D** Cabe mencionar que, en caso de que el costo del servicio exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el ASEGURADO.

## 7. 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.