

**CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN DE CRÉDITO POR CONVENIO
PÓLIZA N° 500037 DÓLARES y PÓLIZA N° 500038 SOLES**

Interseguro Compañía de Seguros S.A. (en adelante "LA COMPAÑÍA"), otorga el presente Certificado de Seguro a los prestatarios del CONTRATANTE, según las siguientes condiciones:

LA COMPAÑÍA se obliga a pagar al CONTRATANTE, hasta la Suma Asegurada Máxima indicada a continuación, después de haber sido recibidas y aprobadas las pruebas fidedignas del deceso o de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad del o de los ASEGURADOS, siempre y cuando el seguro se encuentre con sus Primas pagadas al día.

EMPRESA DE SEGURO

Denominación o razón social : Interseguro Compañía de Seguros S.A.
Dirección : Av. Pardo y Aliaga 640 piso 2, San Isidro
RUC : 20382748566
Teléfono : 611-4700
Fax : 611-4720

CONTRATANTE

Denominación o razón social : BANCO INTERBANK
Dirección : Av. Carlos Villarán 140, La Victoria
RUC : 20100053455
Teléfono : 219-2000

ASEGURADO

Nombre completo :
Nacionalidad :
Fecha de Nacimiento :
Profesión u ocupación :
Dirección :
Tipo y N° de Documento de Identidad :
Relación con el Contratante : Económica

BENEFICIARIO : El Contratante

COBERTURA DEL SEGURO : Desgravamen de Crédito Personal

RIESGOS CUBIERTOS : Muerte Natural y/o Accidental
Invalidez Total y Permanente por Accidente
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

VIGENCIA DEL SEGURO : **Inicio**; Al momento del desembolso
Término; La póliza tiene una duración indefinida, estando su terminación en cualquiera de los siguientes casos:
• Al Cese del vínculo entre el Asegurado y el Contratante
• Al cumplir el límite de edad asegurable de 75 años

EDAD MÁXIMA DE INGRESO : Hasta cumplir 72 años.

EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA : Hasta cumplir 80 años.

SUMA ASEGURADA : El saldo insoluto asegurado al momento del siniestro, hasta un máximo de US\$ 40,000.00 o equivalente en moneda nacional.

TASA MENSUAL : 0.08 por mil. (incluido IGV)

FECHA DE EMISIÓN :

Descripción del Interés Asegurado.-

Cancelación del saldo insoluto de los prestatarios por Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.

Beneficios del Seguro.-

El presente seguro cubre, la suma que el prestatario ASEGURADO adeude al CONTRATANTE al momento del Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, efectuándose el pago directamente al CONTRATANTE.

Definición de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida debido a:

- a) Fractura de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente.
- b) Pérdida total de ojos.
- c) Pérdida completa de los brazos o de ambas manos.
- d) Pérdida completa de piernas o ambos pies.
- e) Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y de una pierna.

Definición de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:

Un Asegurado será declarado Inválido Total y Permanente por Enfermedad, cuando sufra una pérdida irreversible y definitiva a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, de al menos el 80% de la capacidad de trabajo, evaluado conforme al Manual de Evaluación y Calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema privado de pensiones.

Exclusiones.-

El presente seguro no cubre cuando el deceso o la invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad del ASEGURADO ocurre a consecuencia de:

1. Suicidio, intento de suicidio, automutilación o autolesión.
2. Participación o intervención del ASEGURADO directa o indirectamente en cualquier acto infractorio de leyes o reglamentos que pongan en riesgo la salud o vida del ASEGURADO.
3. Intoxicación, o cuando la muerte del ASEGURADO se produzca a consecuencia de embriaguez, o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. El estado de embriaguez se considerará cuando el ASEGURADO haya tenido mas de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
4. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
5. Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del ASEGURADO.
6. La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas, u otros deportes que requieran de medidas de protección y/o seguridad para realizarlos que no hayan sido declarados por

el ASEGURADO y aceptado por la Compañía al momento de contratar la Póliza o durante su vigencia.

7. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
8. El de practicar o hacer uso de la aviación, salvo cuando el ASEGURADO viaje como pasajero en transporte aéreo de servicio publico autorizado; y el de intervenir en operaciones o viajes submarinos.
9. Enfermedades graves y/o crónicas adquiridas con anterioridad al inicio de la póliza y que sean de conocimiento del ASEGURADO a la fecha de contratación del presente seguro.
10. Síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA).

Liquidación de la Póliza.-

En caso de siniestro, deberán ser presentados al CONTRATANTE los siguientes documentos probatorios:

- Copias certificadas de Partida y Certificado de Defunción.
- Atestado policial, protocolo de necropsia, análisis toxicológico y de alcoholemia en caso de muerte por accidente.
- Copia del Documento de Identidad del asegurado fallecido.
- Informe completo y detallado del médico tratante que sustente el estado del paciente e indique la fecha de inicio de la Invalidez, en caso de Invalidez total y permanente.
- El Límite Máximo para declarar el fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente es de 180 días posteriores a la ocurrencia.
- Mayor información en caso la Compañía de Seguro lo requiera.

Copia de la Póliza.-

El ASEGURADO tendrá derecho a solicitar, copia de la póliza del seguro a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.

Información adicional.-

Las comunicaciones cursadas o pagos efectuados por el ASEGURADO o CONTRATANTE a la empresa financiera, a través de la cual se comercialice este producto tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a LA COMPAÑÍA.



Firma del representante
de la compañía