

Solicitud - Certificado de Seguro de Desgravamen
Código SBS N° VI2027400111 (Soles y Dólares)

BANTRA: US\$ (500056) S/. (500055) **LEASING BPE:** US\$ (500070) S/. (500071)
EFECTIVO: US\$ (500027) S/. (500030) **MYPES:** US\$ (500046) S/. (500047)
TITULIZADORA: US\$ (500062) S/. (500063) **CONVENIOS:** US\$ (500037) S/. (500038)
LEASING PN: US\$ (500073) S/. (500072) **CONVENIOS CNG:** S/. (500074)
CONVENIOS ONP: S/. (500077) **OTRO** : _____ (_____)

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación o Razón Social: Banco Internacional del Perú - Interbank **RUC:** 20100053455
Dirección: Jr. Carlos Villarán N° 140, Urb. Santa Catalina, La Victoria **Provincia:** Lima **Departamento:** Lima
Teléfono: 311-9000

DATOS DEL CREDITO

Monto del crédito: _____ **Moneda:** Nuevos Soles (S/.) Dólares (US\$) _____ **Plazo** _____ **N° del Crédito:** _____
Tipo de préstamo Consumo Vivienda Otro: _____ **Tipo de amortización** Mensual Trimestral Semestral Anual Única
Tasa de prima mensual _____ por mil (incluye IGV: _____ %) (a ser llenado por el Banco)

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno: _____ **Apellido Materno:** _____ **Nombres:** _____
Tipo Doc. Identidad: DNI CE Otro: _____ **N° Doc. Identidad:** _____ **Sexo:** M F **Fecha de Nacimiento:** Día Mes Año
Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.): _____ **N° / Mz. / Lt.:** _____ **Dpto. / Of. / Int.:** _____ **Distrito:** _____
Provincia: _____ **Departamento:** _____ **Teléfono Fijo:** _____
Celular: _____ **Correo electrónico:** _____ **Ocupación:** _____
Relación con el Contratante
Cliente del Contratante

DATOS DEL ASEGURADO MANCOMUNADO (llenar en caso aplique)

Apellido Paterno: _____ **Apellido Materno:** _____ **Nombres:** _____
Tipo Doc. Identidad: DNI CE Otro: _____ **N° Doc. Identidad:** _____ **Sexo:** M F **Fecha de Nacimiento:** Día Mes Año
Correo electrónico: _____ **Ocupación:** _____
Relación con Asegurado: _____

DATOS DE LA PÓLIZA**Tipo de Riesgo**
Desgravamen**Moneda:**
La misma pactada en el Contrato del Crédito**Fecha de inicio de vigencia:** Desde las 00:00 horas de la fecha de desembolso del crédito solicitado.**Fecha de término de vigencia:** Hasta las 24:00 horas de la fecha de completado el pago del crédito solicitado.**Plazo de vigencia:** Duración de plazo del crédito.**Relación del Asegurado con el Contratante:** Cliente titular del crédito.**PRIMA****Frecuencia:** Mensual**Composición de prima:**

Monto de Prima Comercial (incluido IGV) (*):	Calculado en base a la siguiente fórmula: <i>Tasa de prima mensual establecida en la hoja 1 del presente documento descontando el IGV por el saldo insoluto del crédito reportado a la fecha de cobranza por el Contratante.</i> La prima mensual se encuentra detallada en el Cronograma de Pagos emitido por el Contratante
---	--

(*) Los cargos de comercialización se establecerán de acuerdo a lo pactado entre La Compañía y el Contratante del seguro en las Condiciones Particulares. Para obtener mayor información, el Asegurado puede solicitarle las Condiciones Generales y Condiciones Particulares a La Compañía o acceder al mismo a través de la página web www.interseguro.com.pe o a través del Portal del Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Lugar y forma de pago: Según las condiciones pactadas al momento de suscribir el contrato de crédito, conjuntamente con la cuota del crédito.**RIESGOS CUBIERTOS**

Coberturas	Suma Asegurada	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Fallecimiento	Saldo insoluto al momento del siniestro	18 años	Hasta antes de cumplir 73 años	Hasta culminar el mes que cumple 80 años
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Saldo insoluto al momento del siniestro	18 años	Hasta antes de cumplir 73 años	Hasta culminar el mes que cumple 80 años

SUMAS ASEGURADAS MAXIMAS

Nº Póliza	Moneda de Póliza	Tipo de Póliza	Suma Asegurada Máxima
500056	USD	BANTRA	USD 300,000
500055	PEN	BANTRA	USD 300,000
500037	USD	Convenio	USD 40,000
500038	PEN	Convenio	USD 40,000
500074	PEN	CRAC Nuestra Gente	PEN 50,000
500070	PEN	Crédito Leasing BPE	USD 150,000
500071	USD	Crédito Leasing BPE	USD 150,000
500072	PEN	Crédito Leasing PN	USD 150,000
500073	USD	Crédito Leasing PN	USD 150,000
500027	USD	Efectivo	USD 300,000.00
500030	PEN	Efectivo	USD 300,000.00
500046	USD	MYPES	USD 100,000.00
500047	PEN	MYPES	USD 100,000.00
500027	USD	Otros	USD 300,000.00
500030	PEN	Otros	USD 300,000.00
500062	USD	Titulizadora	USD 300,000.00
500063	PEN	Titulizadora	USD 300,000.00

CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS: No aplica al presente seguro

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

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA: Fallecimiento: Se considerará Fallecimiento cubierto bajo esta Póliza, a toda muerte natural o accidental que no esté expresamente excluida en esta Póliza. **Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:** Se considerará que la invalidez es total y permanente por accidente o enfermedad y se pagará el Capital Asegurado para la cobertura de invalidez cuando el Asegurado se encontrara total y permanentemente incapacitado o impedido de desempeñar cualquier ocupación o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, o presentara la pérdida total o el debilitamiento irreversible de sus fuerzas físicas y/o intelectuales de a lo menos dos terceras (2/3) partes o en un porcentaje igual o superior al 66,67%, de su capacidad de trabajo, siempre que sea determinado conforme al procedimiento descrito líneas abajo.

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

La presente Póliza adquiere fuerza legal, respecto del Contratante, desde las cero (00:00) horas del día de inicio de la cobertura hasta las veinticuatro horas (24:00) del día de término de la cobertura. Ambas fechas están indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para determinar fehacientemente que el grado de la invalidez es total y su naturaleza es permanente, el Asegurado deberá contar con información médica que sustente la condición de su invalidez, emitida conforme a la "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por el Decreto Ley N° 25897 y sus normas modificatorias o complementarias.

En caso la Compañía necesitare mayor evidencia respecto a la condición del Asegurado, éste deberá someterse a una evaluación médica efectuada por facultativos designados por La Compañía, la cual será realizada conforme a las normas antes mencionadas y a cargo de la misma.

CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES: Durante la vigencia del contrato La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante y Asegurados dichos cambios para que en el plazo de 45 días éste pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado.

INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMAS: En caso de incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente, resolver el contrato de seguros respecto del Asegurado correspondiente, de acuerdo a lo establecido en el Art. N° 21 de la Ley del Contrato de Seguro (Ley N° 29946). En todo caso, si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía.

EXCLUSIONES: El presente seguro no cubre cuando el Fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad del Asegurado ocurre a consecuencia de:

1. Suicidio, intento de suicidio, automutilación, o heridas causadas a sí mismo o por terceros con su consentimiento, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente, salvo que ya hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro o desde la rehabilitación de la Póliza.
2. Pena de muerte o muerte producida por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.
3. Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o partícipe, por uno o más beneficiarios o por quienes pudieren reclamar la suma asegurada, sin perjuicio del derecho que le asiste a los demás beneficiarios no partícipes de dicho acto, de reclamar el porcentaje o alícuota correspondiente de la suma asegurada.
4. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
5. Participación en deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak

extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, street luge. Así también la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.

6. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
7. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; o intervenir en viajes submarinos.
8. Enfermedades preexistentes o Accidentes producidos con anterioridad al inicio de la póliza y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro. Así como, anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ella, y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por la Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
9. Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente.
10. Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
11. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la Escala Modificada de Mercalli, determinado por el Instituto Geofísico del Perú o por el servicio que en el futuro lo reemplace.
12. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
13. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado inmunodeficiencia.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO: El seguro a favor del Contratante y/o Asegurado quedará resuelto, perdiendo todo derecho originado de la Póliza, a partir de la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Solicitud de terminación anticipada por parte del Contratante, según el procedimiento establecido en el Art. N° 15 de las Condiciones Generales.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Art. N° 10 de las Condiciones Generales.
- c. Cuando se reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Art. N° 18 de las Condiciones Generales.
- d. Por cancelación del préstamo otorgado al Asegurado por el Contratante, o el término del plazo del mismo, consignado en la solicitud y Certificado de Seguro.
- e. Al cumplir el Asegurado la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares y Certificado de seguro, sin necesidad de comunicación previa alguna.

En el caso establecido en los literales a), d) y e), en caso la prima se encontrase pagada por adelantado, se devolverán al Asegurado las primas que fueron pagadas y que otorgan cobertura desde el período siguiente a la fecha en la que se solicitó la resolución del Contrato.

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA: En caso de siniestro, el Asegurado o sus herederos legales, según corresponda, deberán presentar al Contratante o en los Centros de Atención al Cliente de la Compañía, los siguientes documentos probatorios:

Para Fallecimiento por enfermedad o accidente: a) Partida o Acta de Defunción del Asegurado; b) Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo; c) Copia del documento de identidad de la persona Asegurada fallecida; d) Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de La Compañía.

En caso de accidente presentar adicionalmente: a) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal; b) Protocolo de Necropsia; c) Resultado de dosaje etílico, y d) Resultado de Análisis Toxicológico.

Para Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: a) Copia del Documento de Identidad del Asegurado; b) Resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcoholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal; c) Dictamen de invalidez del COMAFP o Certificado de Discapacidad; d) Atestado Policial, cuando corresponda; e) Informes, declaraciones, certificados médicos o documentos, en especial los relativos a la invalidez total y permanente del Asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de pago de La Compañía.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, La Compañía tendrá derecho a examinar al Asegurado por los médicos que se designen para el efecto, pudiendo adoptar todas las medidas conducentes a la mejor y más completa investigación para determinar la certeza, naturaleza y gravedad de las lesiones originadas en el accidente y verificar el grado de invalidez respectivo. En caso de negativa del Asegurado a someterse a dicha evaluación, La Compañía quedará liberada de efectuar el pago de la suma asegurada solicitada. El plazo para efectuar la solicitud de cobertura será el plazo prescriptorio legal vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS: Los requerimientos y/o reclamos serán recibidos, en cualquier momento, vía fax, correo, llamadas telefónicas o correo electrónico en cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente. La respuesta de los mismos será comunicada al cliente por medio escrito, en un periodo no mayor de **30** días desde la recepción de la solicitud. **El área de Atención al Cliente es la encargada de atender los reclamos.**

Centros de Atención al Cliente

Av. Paseo de la República N° 3071, **San Isidro**

Central de Atención al Cliente (Lima): 611-9230, **Fax:** 611-9255

Correo electrónico: servicios@interseguro.com.pe / **Página web:** www.interseguro.com.pe

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante o Asegurado podrá acudir a los siguientes mecanismos de solución de controversias: **(i)** Defensoría del Asegurado por montos menores a US\$ 50,000.00, y que sean de competencia de la Defensoría del Asegurado, según detalla el reglamento de dicha entidad (web: www.defaseg.com.pe, Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima – Perú; Telefax: 446-9158); **(ii)** El Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (Dirección: Calle La Prosa S/N San Borja, web: www.indecopi.gob.pe); **(iii)** Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840; y, **(iv)** Arbitraje: Toda controversia, disputa, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre el Asegurado, Contratante o Beneficiario y La Compañía, referido a la validez del contrato de seguro del que da cuenta esta póliza, o que surja como consecuencia de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquier indemnización u obligación referente a la misma, que exceda el límite previsto en el Reglamento de Pago de siniestros u otro que lo sustituya, será resuelta mediante un arbitraje de derecho.

IMPORTANTE:

- El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la póliza del seguro a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince **(15)** días calendario, desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
- La póliza de seguro entrará en vigencia únicamente si el Contratante le otorga el crédito al Asegurado. En caso contrario, La Compañía quedará liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido.
- La vigencia de las coberturas anteriormente detalladas, termina con la cancelación del crédito, quedando La Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido, en fecha posterior a la cancelación del mismo.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- En la presente Solicitud-Certificado se encuentra contenido el resumen de la póliza de seguro, la cual el Asegurado declara haber recibido.
- La Compañía es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas en la póliza. En este sentido, La Compañía es la responsable de todos los errores u omisiones que incurra la empresa del sistema financiero con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
- La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Asegurado que produzcan atrasos en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.
- Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Contratante, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiera dirigido a La Compañía, así como los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante, se consideran abonados a La Compañía.
- El Asegurado declara que ha sido debidamente informado de que La Compañía no autoriza a su personal o personal alguno del Contratante/Comercializador del seguro a recibir suma alguna de dinero por concepto de primas, y que el único medio válido de pago es el indicado en este documento. Por tal motivo, cualquier pago en contravención de lo dispuesto en este documento será bajo única responsabilidad del Asegurado.

CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES

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

El Asegurado expresa su consentimiento para que los datos personales (*), que brinde a INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante La Compañía) o que sean recabados por éste, como consecuencia de la presente relación contractual, sean tratados (almacenados, registrados, transferidos, analizados, entre otros, según definición de Ley N° 29733) a fin de brindar y mantener un nivel de servicio adecuado para el Asegurado. Asimismo, el Asegurado autoriza a La Compañía a obtener del Contratante información sobre sus datos personales necesarios para la presente contratación; y al Contratante a brindarla.

Adicionalmente, el Asegurado expresa su consentimiento para: (i) transferir su información, de acuerdo al Código de Conducta (**) establecido con sus empresas subsidiarias y empresas del grupo Intercorp; (ii) recibir información adicional sobre promociones, publicidad y descuentos de los distintos productos, servicios y beneficios ofrecidos por La Compañía así como por sus subsidiarias.

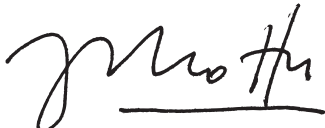
Dicha autorización se mantendrá vigente inclusive, con posterioridad a la culminación de la presente relación contractual, para fines estrictamente, publicitarios y/o promocionales.

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

En señal de conformidad a los acuerdos anteriormente mencionados, se suscribe la presente a los de del 20.....

Firma del Asegurado Titular

Firma de Representante de La Compañía



Firma del Asegurado Mancomunado (***)

Lugar y Fecha

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

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

(***) Sólo en caso aplique.