

Solicitud - Certificado de Protección de Créditos
Código SBS N° RG2025700136
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

PROTECCIÓN DE CRÉDITOS S/. (5000038) US\$ (5000039)

CONSENTIMIENTO DEL CONTRATANTE PARA EL ENVÍO DE SU PÓLIZA DE SEGURO ELECTRÓNICA

El Contratante declara expresamente que ha sido debida y previamente informado por La Compañía o Interbank que su Póliza de seguro y demás documentos que en adelante deriven de la misma serán enviados vía correo electrónico desde sme@interseguro.com.pe la cual se dará por recibida con el registro de recepción del servidor de destino. La póliza contiene una firma digital y garantiza la autenticidad e integridad del documento. El Contratante declara conocer que el envío por este medio le permitirá obtener más rápido la información de su seguro contribuyendo a preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel, y asimismo garantiza haber suministrado un correo válido para la recepción de su póliza electrónica.

El Contratante acepta el envío de su Póliza al correo electrónico declarado.

SI NO

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: Interseguro Compañía de Seguros S.A. **RUC:** 20382748566
Dirección: Av. Javier Prado Este N° 492, Of. 2601, **Provincia:** Lima **Departamento:** Lima
 Urb. Jardín, San Isidro
Centro de Atención al Cliente (Lima): Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro
Teléfono: 611-4700 **Fax:** 611-4720 **Correo electrónico:** servicios@interseguro.com.pe

DATOS DEL CONTRATANTE

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

DATOS DEL ASEGURADO

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

BENEFICIARIO

Para las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Física Total y Temporal el Beneficiario será la Entidad Financiera; y para la cobertura de Enfermedades Graves o Invalidez Total y Permanente por Accidente el Beneficiario será el Asegurado.

MONTO DE PRIMA COMERCIAL Y SUMAS ASEGURADAS

| PRIMA COMERCIAL Moneda | Plan 1 | Plan 2 | Plan 3 | Plan 4 | Plan 5 | Plan 6 | Plan 7 | Plan 8 |
|-------------------------------------|--|--|--|--|---|---|---|---|
| | Hasta 6 meses | 7 a 9 meses | 10 a 12 meses | 13 a 18 meses | 19 a 24 meses | 25 a 36 meses | 37 a 48 meses | 49 a 60 meses |
| Nuevos Soles | S/62.00 | S/ 93.42 | S/ 123.15 | S/ 157.19 | S/ 213.25 | S/ 312.68 | S/ 384.44 | S/ 488.81 |
| Nuevos soles (Con IGV) | S/ 73.00 <input type="checkbox"/> | S/ 110.00 <input type="checkbox"/> | S/ 145.00 <input type="checkbox"/> | S/ 185.00 <input type="checkbox"/> | S/ 252.00 <input type="checkbox"/> | S/ 369.00 <input type="checkbox"/> | S/ 454.00 <input type="checkbox"/> | S/ 577.00 <input type="checkbox"/> |
| Dólares Americanos | US\$ 28.95 | US\$ 43.42 | US\$ 57.90 | US\$ 74.98 | US\$ 101.39 | US\$ 149.12 | US 157.32 | US 199.83 |
| Dólares Americanos (Con IGV) | US\$ 34.00 <input type="checkbox"/> | US\$ 51.00 <input type="checkbox"/> | US\$ 68.00 <input type="checkbox"/> | US\$ 88.00 <input type="checkbox"/> | US\$ 120.00 <input type="checkbox"/> | US\$ 176.00 <input type="checkbox"/> | US\$ 186.00 <input type="checkbox"/> | US\$ 236.00 <input type="checkbox"/> |
| Desempleo involuntario | 5 cuotas | S/ 600 | S/600 | S/ 600 | S/ 600 | S/ 600 | S/ 600 | S/ 600 |

| | | | | | | | | | |
|---|-------------------|--|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| o Incapacidad física total y temporal | hasta de: | US\$ 171 | US\$ 171 | US\$ 171 | US\$ 171 | US\$ 171 | US\$ 171 | US\$ 171 | US\$ 171 |
| Enfermedades graves | Máximo de: | S/ 1,250 | S/ 2,000 | S/ 2,500 | S/ 2,500 | S/ 2,500 | S/ 2,500 | S/ 2,500 | S/ 2,500 |
| | | US\$ 500 | US\$ 800 | US\$ 1,000 | US\$ 1,000 | US\$ 1,000 | US\$ 1,000 | US\$ 1,000 | US\$ 1,000 |
| Invalidez Total y Permanente por accidente | | Saldo deudor a la fecha de siniestro, hasta S/ 10,000 | | | | | | | |
| | | Saldo deudor a la fecha de siniestro, hasta US\$ 4,000 | | | | | | | |
| % de cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador (**) | | | | | | | | 1.87% | |
| En caso de incumplimiento de pago de prima | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | Monto | |
| Gasto de cobranza | | | | | | | | No aplica | |

El cálculo del monto que reciban los comercializadores de seguros se realizará sobre la prima neta. Para obtener mayor información de su póliza, el Asegurado puede solicitarle las Condiciones Generales y Condiciones Particulares a La Compañía o 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.

Registro de Vendedor

N° Tienda / N° Supervisión

DATOS DE LA POLIZA

| | |
|--------------------------------------|--|
| Tipo de Riesgo: Multiseguro | Moneda: Según la pactada por el Asegurado en la presente Solicitud-Certificado |
| 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: | Hasta las 24:00 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución, lo que ocurra primero. La vigencia de las coberturas termina con la terminación anticipada del crédito, quedando la Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido |
| Plazo de vigencia: | Anual, con renovación automática hasta culminar el mes que cumple los 86 años de edad. |
| Lugar y forma de pago: | Prima única con el desembolso del crédito. |

CONDICIONES PRINCIPALES DEL SEGURO

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O COASEGURO: Las coberturas de Desempleo Involuntario, de Incapacidad Física Total y Temporal tendrán un Deducible correspondiente a la primera cuota del crédito a partir de la ocurrencia del desempleo involuntario o de la incapacidad física total y temporal.

PERIODO DE CARENIA: Las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Física Total y Temporal tendrán un periodo de 60 días. La cobertura de Enfermedades Graves tendrá un periodo de carencia de 90 días. Ningún siniestro será reconocido si ocurriera durante el Periodo de Carencia. Las enfermedades diagnosticadas durante el Periodo de Carencia, no gozarán de cobertura. Dicho período de Carencia no aplica para las coberturas de Incapacidad Física Total y Temporal a causa de un accidente y para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente

ANTIGÜEDAD LABORAL: Período mínimo de seis (6) meses ininterrumpidos en el que el Asegurado debe haber permanecido empleado para tener derecho a la cobertura del presente seguro. Se considerará continuidad laboral los casos en que la interrupción entre uno y otro empleo no sea mayor a treinta (30) días calendario. (Aplica solo para desempleo involuntario – Trabajador Dependiente).

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: Proteger al Asegurado contra pérdidas económicas a causa de: Desempleo Involuntario, Incapacidad Física Total y Temporal, Enfermedades Graves e Invalidez Total y Permanente por Accidente.

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO: A fin de gozar las coberturas establecidas en la Póliza, el Asegurado debe cumplir con los siguientes requisitos: (i) Tener residencia en la República del Perú; (ii) Ejercer una actividad laboral dependiente o independiente y poder acreditarla. Siempre que la actividad principal del Asegurado no consista en cualquiera de las siguientes actividades: piloto de aviación o miembro de tripulación, deportista profesional, militar de carrera o presta el servicio militar obligatorio, pensionado, miembro de las fuerzas de seguridad, actividad minera, doble cinematográfico, corresponsal de guerra y manipulador de explosivos; (iii) Edad.- Podrán asegurarse bajo la presente modalidad de seguro, las personas que tengan las edades mínima y máxima de ingreso. Requisitos adicionales para Desempleo Involuntario: Tener un contrato de trabajo indefinido verbal o escrito a tiempo completo, y se encuentren registrados en la planilla del empleador, Requisitos adicionales para Incapacidad Física Total y Temporal, No encontrarse Incapacitado Total y Temporalmente por causa de una enfermedad o accidente al momento de la suscripción de la póliza; y ser un trabajador independiente que ejerza una actividad lucrativa.

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--|
| Edad mínima de ingreso | Edad máxima de ingreso | Edad máxima de permanencia |
| 18 años | Hasta antes de cumplir 76 años | Hasta culminar el mes que cumple 86 años |

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA:

1. **Desempleo Involuntario:** Esta cobertura se aplica únicamente para Trabajadores Dependientes con Contrato Indefinido. En este sentido, la presente cobertura no incluye a los trabajadores de Contrato de Trabajo a plazo fijo o por obra o labor, ni a los

trabajadores contratados bajo el Régimen Contratación Administrativa de Servicios (CAS). En caso el Asegurado se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario, La Compañía pagará al Contratante, una indemnización equivalente al monto de una Cuota por cada treinta (30) días calendario consecutivos de desempleo. El número y el monto máximo de cuotas a cubrir se encuentran detallados en esta Solicitud-Certificado de Seguro, de acuerdo al Plan Elegido. **La cobertura no es aplicable si el Asegurado no acredita haber estado empleado durante al menos seis (6) meses anteriores a la ocurrencia del siniestro.** En caso el Asegurado haya pactado el pago del crédito con Cuotas dobles, al momento de otorgarse la cobertura, la Cuota doble será considerada como 2 Cuotas para efectos del número máximo de Cuotas a pagar. **Queda establecido, que la cobertura no se activa y por tanto no se concederá indemnización alguna, por períodos de desempleo menores de 30 días.**

En caso que el Trabajador Dependiente con Contrato Indefinido tenga más de 01 empleador, se considerará cubierto por esta Póliza si el Desempleo Involuntario afecta más del 50% de sus ingresos totales, lo que será verificado con el certificado de cotizaciones de la AFP. En caso que no tuviera tal documento, la verificación será llevada a cabo vía la presentación de Boletas de Pago.

Las causales de Desempleo Involuntario cubiertas por esta Póliza, según el sector o ley bajo la cual labore el Trabajador Dependiente con Contrato Indefinido, serán las que se detallan en este artículo.

1.1 Trabajadores del sector privado, regidos bajo La Ley de Productividad y Competitividad Laboral, Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 728 o la norma que le sustituya:

- Detrimiento de la facultad física o mental o la ineptitud sobrevenida, determinante para el desempeño de sus tareas. Art. N° 23 de la mencionada Ley.
- Rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en labores y bajo similares condiciones. Art. N° 23 de la mencionada ley.
- Actos de hostilidad del empleador equiparables al despido no imputable al trabajador Art. N° 30 de la mencionada Ley.
- Despido arbitrario, luego que se haya efectuado el pago de la indemnización a la que tiene derecho el trabajador.
- Despido Colectivo, sólo después de que éste se haya materializado, debidamente acreditado en cumplimiento del trámite establecido en el Art. N° 46 de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral o la norma que lo sustituya
- Mutuo disenso, siempre que se haya efectuado el pago de al menos del 50% de indemnización por los años de servicio y los montos indemnizatorios que la ley prevé en el caso de Desempleo involuntario no atribuible al trabajador.

1.2 Trabajadores del Sector Público, vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la Administración Pública bajo las leyes vigentes: Cese, por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del empleado o funcionario público ni por término natural del plazo previsto del contrato de trabajo.

1.3 Trabajadores del Sector Educativo - Personal Docente, regulados por la Ley del Profesorado N° 24029 o la norma que le sustituya: Suspensión absoluta o cese por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del docente, personal administrativo regido bajo la citada Ley.

Queda establecido y convenido que la indemnización corresponderá a lo que se estipule en las Condiciones Particulares de la Póliza de acuerdo a lo señalado en los párrafos precedentes, siempre que el Asegurado tenga derecho al pago de una indemnización por alguna de las casuales establecidas en el numeral 1.1. como consecuencia del Despido Involuntario por los años de servicios y a los montos de indemnización adicional que prevé la ley para los casos detallados.

La fecha de Desempleo Involuntario será aquella de término de la relación laboral indicada en la liquidación de los beneficios sociales, o en la constancia policial, o acta inspectiva del Ministerio de Trabajo en los casos de despidos de hecho o de facto, y en caso de los empleados públicos y docentes del sector público, será la fecha que se establezca en el decreto o resolución en la que consta su retiro, cese o baja de la institución a la cual pertenecía.

Asimismo, queda establecido que para el pago de la presente cobertura el Trabajador Dependiente con Contrato Indefinido deberá cumplir con el periodo mínimo antigüedad laboral indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Plazo entre siniestros: Para el beneficio de Desempleo Involuntario se establece un plazo entre siniestros de al menos seis (6) meses, contados a partir de la fecha del último pago correspondiente al siniestro o evento anterior.

2. Incapacidad Física Total y Temporal: Esta cobertura se aplica únicamente para Trabajadores Independientes. En caso que el Asegurado se vea afectado por una situación de incapacidad Física Total y Temporal por enfermedad o accidente, La Compañía pagará al Contratante, una indemnización equivalente al pago de una Cuota por cada treinta (30) días calendario consecutivos de Incapacidad Física Total y Temporal. **La cobertura no es aplicable si el Asegurado no acredita haber estado en ejercicio de su actividad como independiente durante al menos seis (6) meses consecutivos.** En caso el Asegurado haya pactado el pago del crédito con Cuotas dobles, al momento de otorgarse la cobertura la Cuota doble será considerada como 2 Cuotas para efectos del número máximo de Cuotas a pagar. El beneficio será otorgado siempre y cuando el Asegurado se mantenga en estado de Incapacidad Física Total y Temporal y que no se haya superado el límite de cuotas establecido en las Condiciones Particulares. Queda establecido, que la cobertura no se activa y por tanto no se concederá indemnización alguna, por periodos menores de 30 días.

Plazo entre siniestros para esta cobertura: (i) Para el caso de solicitudes de cobertura por siniestros de eventos distintos, deberá transcurrir un periodo de al menos 01 mes contado a partir de la fecha en que La Compañía hubiese cubierto el último pago correspondiente al siniestro anterior. **No se cubrirán dos o más solicitudes de cobertura derivadas del mismo siniestro,** y (ii) En los casos de empleados dependientes que hubieran gozado de la cobertura de Desempleo Involuntario, y habiendo cambiado su condición a trabajador independiente podrán solicitar esta cobertura luego de haber transcurrido un plazo no menor de 6 meses, desde la fecha del último pago correspondiente a la cobertura de Desempleo Involuntario.

3. Enfermedades Graves: El beneficio correspondiente para esta cobertura será otorgado cuando (i) el Asegurado se vea afectado por una Enfermedad Grave, para lo cual deberá mantenerse con vida y (ii) no haya superado el número de Cuotas máximas señaladas en las Condiciones Particulares. La Compañía pagará al Asegurado una indemnización equivalente al pago de una Cuota por cada treinta (30) días calendario contado desde el diagnóstico de la Enfermedad Grave, siempre y cuando el Asegurado haya sobrevivido los primeros treinta (30) días desde la fecha de dicho diagnóstico.

El número y el monto máximo de Cuotas a cubrir se encuentran detallados en las Condiciones Particulares y la presente Solicitud-Certificado, de acuerdo al Plan Elegido.

Para efecto de este Seguro son consideradas Enfermedades Graves las siguientes:

3.1 **Cáncer primario:** Aquel Cáncer que ha sido diagnosticado durante la vigencia de este seguro. Se entiende por Cáncer, a la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo la leucemia.

Están excluidos de esta definición:

- **Los melanomas superficiales (SSM) cuyo índice de Breslow es inferior a 0,70 mm con un índice de Clark de nivel I.**
- **Los tumores “vaso-celulares” de la piel.**
- **Cualquier tumor denominado “in-situ” o no invasor (que no haya sobrepasado los límites del tejido original), salvo el cáncer de mama in-situ en su forma lobular, que está cubierto.**
- **Los tumores malignos asociados al VIH.**
- **Todos los tumores de la próstata (excepto si grado de Gleason >6 o que sea a un nivel clínico T2N0M0).**
- **Leucemia lymphocítica crónica excepto si alcanzo el nivel A de la prueba de Bidet.**
- **El Cáncer de piel, a excepción del melanoma maligno.**
- **Cualquier otro tipo de Cáncer sin invasión o in-situ no estará cubierto.**

El diagnóstico deberá ser realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del Asegurado y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un Cáncer. Será requisito la presentación de un Informe Histopatológico original e informe médico y copia de la historia médica del Asegurado.

3.2 **Infarto al miocardio:** Se define como la necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva por la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco, que no permite la nutrición a la zona afectada y por tanto produce la necrosis. Para confirmar esta necrosis es necesario disponer de la confirmación, por un cardiólogo especialista, de la presencia de acinesia o de discinesia a través de una ecocardiografía o de otro método de representación gráfica cardíaca reconocida; y, simultáneamente la verificación de al menos uno de los síntomas siguientes:

- Desarrollo de una onda patológica Q al menos en dos derivaciones del trazado del electrocardiograma ($Q \geq 0.04$ s o $Q > 25\%$ de la amplitud de la onda R).
- Anomalías electrocardiográficas no específicos asociados a modificaciones significativas de los marcadores bioquímicos (CPK-MB y troponina).
- Sintomatología reciente de infarto de miocardio asociado a modificaciones significativas de los marcadores bioquímicos (CPK-MB y troponina).

Están igualmente cubiertos los casos que coincidan parcialmente con la definición precedente si el Asegurado ha sido tratado bien por una trombólisis intravenosa, o bien por una angioplastia de una arteria coronaria en urgencias (los informes de hospitalización se adjuntarán a la solicitud de cobertura).

3.3 **Accidente Cerebro Vascular o Vascular Encefálico:** La enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. **Los accidentes isquémicos transitorios no están cubiertos.** Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.

3.4 **Enfermedad a las coronarias que requiera cirugía:** Se refiere a la enfermedad que requiera de cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento, estenosis o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. **Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo, técnicas con láser u otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.**

3.5 **Insuficiencia Renal Crónica:** La enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones y/o de la función renal, como consecuencia de la cual se hace necesaria regularmente la diálisis renal.

4. **Invalidez Total y Permanente Por Accidente:** La Compañía pagará al Asegurado el Saldo Deudor hasta un máximo establecido para esta cobertura en las Condiciones Particulares y en la presente Solicitud-Certificado de Seguro, si durante la vigencia de la Póliza el Asegurado sufre un accidente, que le produzca cualquiera de los siguientes estados: Estado absoluto e incurable de alienación mental o descerebración que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida, o Fractura incurable de la columna vertebral que determine una Invalidez Total Permanente, o La pérdida completa de visión de ambos ojos, o La pérdida completa de ambos brazos o ambas manos, o La pérdida completa de ambas piernas o ambos pies, o La pérdida completa de una mano y un pie.

Se entiende por pérdida completa la amputación o inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado. En ese sentido se deja constancia expresa que el presente seguro no cubrirá otra situación de Invalidez distinta a las arriba mencionadas, aun cuando la misma pudiera afectar al Asegurado en más de dos tercios de su capacidad de trabajo. En caso el Asegurado haya recibido el beneficio de la cobertura de Invalidez total y Permanente por Accidente, se procederá a la resolución del contrato. Las coberturas de Desempleo Involuntario y de Incapacidad Física Total y Temporal son alternativas en función de la situación laboral del Asegurado y son excluyentes entre sí.

La vigencia de estas coberturas termina con la terminación anticipada del crédito, quedando la Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido, conforme a lo indicado en las Condiciones Particulares.

CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES: Durante la vigencia del contrato La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de 45 días éste pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante será de forma previa 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. La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DE INCUMPLIMIENTO: La prima correspondiente a cada solicitud-certificado será pagada por el Contratante según la forma y modo establecido en la presente Póliza. El Contratante trasladará el pago de la prima al Asegurado. En caso de diferir la prima, el incumplimiento del pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, La Compañía deberá comunicar de manera cierta al Asegurado y Contratante, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo con el que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encuentra suspendida. En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. Se considerará resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del día en que el Contratante recibió una comunicación escrita de La Compañía informándole sobre esta decisión. La resolución será notificada al Contratante y éste informará lo sucedido a los Asegurados. Por su parte, se considerará resuelta la Solicitud-Certificado en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del día en que el Asegurado recibió una comunicación escrita de La Compañía informándole sobre esta decisión. La resolución será notificada al Asegurado y al Contratante.

Cuando la resolución se produzca por incumplimiento en el pago de la prima, La Compañía tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. No obstante lo anteriormente señalado, si La Compañía optase por no reclamar el pago de la prima dentro de los 90 días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro o la Solicitud-Certificado, de ser el caso, queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía. Sea que el contrato de seguro o la Solicitud-Certificado queden resueltos o extinguidos por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas devengadas por el mismo periodo efectivamente cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente sustentados por La Compañía en el presente documento. Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Asegurado al Comercializador tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía.

EXCLUSIONES: Estarán excluidos de la cobertura y La Compañía no estará obligada al pago de ninguna de las coberturas de la presente póliza cuando el siniestro ocurra a consecuencia de: (a) Guerra y guerra civil; (b) Riesgos de energía nuclear.

1. **Exclusiones para la cobertura de Desempleo Involuntario:** Este contrato no cubrirá indemnización alguna con respecto a cualquier periodo de desempleo involuntario que resulte de: (a) Cuando el ex-empleador del Asegurado no tenga oficina registrada en Perú o no esté afecto a las leyes tributarias; (b) El Asegurado renunció o se ha jubilado (pensionado); (c) El Asegurado ha sido despedido con causa justa de conformidad con la legislación aplicable y sin derecho al pago de una indemnización por los años de servicios y a los montos de indemnización adicional que prevén las leyes laborales, salvo lo precisado en el Art. N° 2 numeral 1.1. de las Condiciones Generales; (d) El período de Desempleo es resultado de una huelga o un paro; (e) La terminación de la relación laboral se dio de mutuo acuerdo, sin conciliación, o si la indemnización pagada al trabajador es inferior al 50% de la indemnización que le correspondería haber recibido por despido sin causa justa; (f) Despido por parte de miembros de la familia, o cuando el Asegurado es empleado por su propia empresa; (g) Suspensión del contrato de trabajo por cualquier causa o por no regresar el trabajador a su empleo al haber sido notificado de la reanudación del trabajo una vez desaparecidas las causas de la suspensión del contrato de trabajo.

2. **Exclusiones para la cobertura de Incapacidad Física Total y Temporal:** Este contrato no cubrirá indemnización alguna con respecto a cualquier periodo de Incapacidad Física Total y Temporal que resulte de: (a) Enfermedades crónicas o preexistentes al inicio del seguro; (b) Tuberculosis; (c) Heridas autoinfligidas causadas en estado de sanidad mental o en demencia, incluyendo la tentativa de suicidio; (d) El consumo de alcohol, drogas tóxicas o alucinógenas o sustancias similares; (e) Actividad delictiva realizada por el Asegurado; (f) Cualquier accidente que surja de la 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, tirolesa, 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; (g) La enfermedad psiquiátrica o desórdenes mentales, incluyendo estrés o condiciones relacionadas con el estrés, diagnosticada por un psiquiatra; (h) Rechazo injustificado a buscar un diagnóstico médico, no seguir las instrucciones médicas; o someterse a tratamientos médicos sin supervisión médica exceptuando los casos que tengan relación con salvar la vida del paciente por un accidente en el cual el Asegurado haya estado involucrado; (i) La tentativa de homicidio contra el Asegurado mientras participa directa o indirectamente en una actividad ilegal; (j) Dolores de espalda y cuello no producidos a causa de un accidente sufrido por el Asegurado durante la vigencia del seguro, o condiciones relacionadas con dolores de espalda, a menos que existan evidencias médicas de una anomalía, tales como rayos x, resonancia electromagnética, tomografía, o cualquier otro examen radiológico, aportado por un médico; (k) Cualquier procedimiento quirúrgico o terapia que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del Asegurado, incluye Cirugías Electivas (no

recuperativas ni rehabilitadoras), Cirugía Plástica, Odontología Estética, Tratamiento de Periodoncia y Ortodoncia y Curas de Reposo del Sueño; (l) Parto, embarazo normal o interrupción voluntaria del embarazo, y sus consecuencias; (m) Lesiones del Asegurado derivadas de accidentes en calidad de pasajero de una aeronave militar o privada que no tenga licencia para llevar pasajeros; (n) Epidemias.

3. **Exclusiones para la cobertura de Enfermedades Graves:** Se excluyen las enfermedades que han sido causadas u originadas directa o indirectamente, total o parcialmente por: (a) Intento de suicidio o autolesión, lesiones autoinferidas, ya sea en estado de cordura o demencia; (b) Adicción al alcohol, así como el consumo de drogas, estupefacientes, barbitúricos, sustancias alucinógenas y otras análogas; (c) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA; (d) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible; (e) Enfermedades preexistentes, así como el diagnóstico de enfermedades durante el periodo de carencia o no cobertura; (f) Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos; (g) Enfermedades o defectos congénitos; (h) Intoxicación o encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente; (i) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.

3.1 **Respecto a la cobertura de Cáncer Primario, están excluidos:** (a) Los melanomas superficiales (SSM) cuyo índice de Breslow es inferior a 0,70 mm con un índice de Clark de nivel I; (b) Los tumores “vaso-celulares” de la piel; (c) Cualquier tumor denominado “in-situ” o no invasor (que no haya sobrepasado los límites del tejido original), salvo el cáncer de mama in-situ en su forma lobular, que está cubierto; (d) Los tumores malignos asociados al VIH; (e) Los tumores de la próstata (excepto si grado de Gleason >6 o que sea a un nivel clínica T2N0M0; (f) Leucemia lymphocitocronica excepto si alcanzo el nivel A de la prueba de Bidet; (g) El cáncer de piel, a excepción del melanoma maligno; (h) Cualquier otro tipo de cáncer sin invasión o in-situ no estará cubierto.

3.2 **Respecto de las enfermedades de las coronarias que requieran cirugía, están excluidos:** (a) La angioplastia de globo; (b) Técnicas con láser; (c) Otras técnicas invasivas que no requieran cirugía; (d) En ningún caso La Compañía pagará una enfermedad que sea consecuencia, complicación o secuela de una enfermedad preexistente, independiente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico.

4. **Exclusiones para la cobertura de Invalidez Total y Permanente Por Accidente:** La Compañía no cubrirá los casos de invalidez que sean consecuencia de: (a) Cualquier enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes; (b) Accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de este seguro; (c) Duelos, tentativas de suicidios, auto lesión y auto mutilación; (d) Cirugía Plástica o Cosmética; (e) Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo. Se considera la participación del Asegurado ya sea como autor o cómplice; (f) Lesiones a consecuencia de la participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa. Una actividad es notoriamente peligrosa cuando el peligro no deriva de un acto aislado u ocasional, sino de un acto que por sí mismo resulta peligroso en cualquier momento; (g) 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; (h) Estado etílico del Asegurado, 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 acontecimiento que produjo su deceso; (i) Lesiones a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario; (j) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la(s) misma(s); (k) Daños o pérdidas ocasionadas por experimentos de energía atómica o de cualquier riesgo atómico; (l) Lesiones o afecciones padecidas con motivo de la intervención del Asegurado en motines o tumultos tengan o no el carácter de guerra civil, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de carácter civil o militar; (m) Lesiones o afecciones padecidas con motivo de guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, poder militar, naval o usurpado; (n) Los llamados ‘Accidentes Médicos. Solo serán causal de exclusión los siguientes ‘Accidentes Médicos’: apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, ataques cardiacos, trombosis, ataques epilépticos; enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo así como los casos de negligencia o impericia médica, que sufra el Asegurado.

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 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 (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 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 una vez transcurridos 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.

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

- a. Cuando se solicite la cobertura fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 18 del Condicionado General.
- b. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 14 del Condicionado General.
- c. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 10 del Condicionado General.
- d. Si durante el plazo de 15 días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.
- e. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado o que no se pronuncie sobre el mismo, cuando el Contratante y/o Asegurado incurren 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 treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En caso el Contratante o Asegurado optase por la resolución del Contrato o Solicitud-Certificado, respectivamente, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado. 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 los demás casos mencionados, tanto respecto de la póliza como de la Solicitud-Certificado, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada deduciendo los gastos administrativos correspondientes, los mismos que serán debidamente sustentados. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del Contratante.

Para los casos antes mencionados, La Compañía procederá con la devolución de la prima no devengada, teniendo como plazo para la devolución diez (10) días hábiles posteriores a la resolución.

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA: El aviso del siniestro deberá ser comunicado a La Compañía 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 presentarse los siguientes documentos:

1. Desempleo Involuntario

- 1.1 Trabajadores del Sector Privado: a) Carta simple o Formato de Solicitud de Cobertura entregado por la Compañía y firmado por el Asegurado, en el que declare la ocurrencia del siniestro; b) Copia simple del DNI (Documento Nacional de Identidad) o documento oficial de identidad del Asegurado; c) Certificación de reproducción notarial del Certificado de trabajo. Este documento detalla el periodo laborado por el trabajador cesado, entre otros; o constancia policial, o acta inspectiva del Ministerio de Trabajo en los casos de despidos de hecho o de facto; d) Certificación de reproducción notarial del Contrato de Trabajo o 3 últimas Boletas de Pago donde se indique la fecha de inicio de su relación laboral; e) Certificación de reproducción notarial 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; f) Certificación de reproducción notarial del Certificado de aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese; g) Certificación de reproducción notarial del Estado de cuenta del crédito a la fecha de ocurrencia del siniestro, solo si la mensualidad varía o si ésta no ha sido reportada con anterioridad; h) Certificación de reproducción notarial de la Carta para la libre disponibilidad de la cuenta CTS por cese, debidamente firmada y sellada por el empleador, en caso corresponda, salvo que se trate de un despido de hecho o de facto; i) Declaración jurada manifestando que a la fecha de la solicitud el Asegurado se encuentra en situación de Desempleo; j) En caso el asegurado tenga más de un empleador y el desempleo afecte más del 50% de sus ingresos totales, se deberá presentar certificación de reproducción notarial del Certificado de cotizaciones de la AFP o de las Boletas de Pago,

- 1.2 Trabajadores y Docentes del Sector Público: a) Carta simple o Formato de Solicitud de Cobertura entregado por la Compañía y firmado por el Asegurado, en el que declare la ocurrencia del siniestro; b) Copia simple del DNI o documento oficial de identidad del Asegurado; c) Certificación de reproducción notarial de la Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador; d) Certificación de reproducción notarial de la Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública); e) Certificación de reproducción notarial del Estado de cuenta del crédito a la fecha de ocurrencia del siniestro, solo si la mensualidad varía o si ésta no ha sido reportada con anterioridad; f) Declaración jurada manifestando que a la fecha de solicitud el Asegurado se encuentra en situación de desempleo.

2. Incapacidad Física Total y Temporal: a) Carta simple o Formato de Solicitud de Cobertura entregado por la Compañía y firmado por el Asegurado, en el que declare la ocurrencia del siniestro. ; b) Copia simple del DNI (Documento Nacional de Identidad) o documento oficial de identidad del Asegurado; c) Certificación de reproducción notarial del Certificado de renta de 4ta categoría y/o declaración jurada de 3ra categoría; d) Certificación de reproducción notarial del Estado de cuenta del crédito a la fecha de ocurrencia del siniestro, solo si la cuota es variable; e) Original o Certificación de reproducción notarial del Certificado médico o de hospitalización sobre enfermedad o accidente, según corresponda, detallando: Causas de la incapacidad, Diagnóstico definitivo, Tratamiento realizado,

Pronóstico, Días de descanso, Número de Historia Clínica, Clínica u Hospital donde recibió la atención, Médico tratante, y Fecha de atención.

3. Enfermedades Graves: a) Carta simple o Formato de Solicitud de Cobertura entregado por la Compañía y firmado por el Asegurado, en el que declare la ocurrencia del siniestro; b) Copia simple del DNI (Documento Nacional de Identidad) o documento oficial de identidad del Asegurado;; c) Original o Certificación de reproducción notarial del Informe médico en el que se detalle el diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo, fecha de inicio de la enfermedad, tratamientos, evolución, estado actual del Asegurado; d) Original de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado, relacionados con la Enfermedad; e) Para la enfermedad de Cáncer Primario se deberá presentar original del Informe Histopatológico e informe médico, así como copia de la historia médica del asegurado; f) Para el Infarto al Miocardio se deberá presentar Certificación de reproducción notarial de los informes de hospitalización.
4. Invalidez Total y Permanente por Accidente: a) Carta simple o Formato de Solicitud de Cobertura entregado por la Compañía y firmado por el Asegurado, en el que declare la ocurrencia del siniestro; b) Copia simple del DNI (Documento Nacional de Identidad) o documento oficial de identidad del Asegurado;; c) Certificación de reproducción notarial del Atestado Policial o Carpeta Fiscal, en caso corresponda; d) Certificación de reproducción notarial del Dictamen de invalidez emitido por ESSALUD o COMAFP o COMEC; e) Certificación de reproducción notarial de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado, relacionados con la Invalidez Total y Permanente por Accidente.

De requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, para consentir el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

Los documentos que se requieran en el presente artículo deberán ser entregados en los Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Contratante Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. En caso de la cobertura de fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este tome conocimiento de la existencia del beneficio.

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS: Podrás realizar cualquier reclamo y/o requerimiento a través de nuestros canales de atención. La respuesta se comunicará al cliente en un plazo máximo de 30 días calendario de recibido según el medio de respuesta pactado. **El área de Atención al Cliente es la encargada de atender los reclamos.**

Centros de Atención al Cliente

Lima

Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro
Central de Atención al Cliente (Lima): 500-0000

Chiclayo

Calle Los Dulantos N° 110, Urb. Santa Victoria, Chiclayo
Central de Atención al Cliente (Chiclayo): 074-232512

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

Arequipa

Mz. D Lote 1, Urb. Los Cedros - Yanahuara, Arequipa
Central de Atención al Cliente (Arequipa): 054-603101

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

1) Mecanismo de solución de controversias:

1.1. Vía Judicial: Toda controversia, disputa, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre el Asegurado, Contratante o Beneficiario y La Compañía, referido a la validez del contrato de seguro del que da cuenta esta póliza, o que surja como consecuencia de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquier indemnización u obligación referente a la misma.

2) Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias: En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante o Asegurado podrá acudir a las siguientes instancias:

2.1. Defensoría del Asegurado por montos menores a US\$ 50,000.00, y que sean de competencia de la Defensoría del Asegurado, según detalla el reglamento de dicha entidad (web: www.defaseg.com.pe, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima – Perú; Teléfono: 421-0614).

2.2. El Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (Dirección: Calle La Prosa S/N San Borja, web: www.indecopi.gob.pe).

2.3. Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840.

IMPORTANTE:

- El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la Póliza a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de **15 días** desde la fecha en que La Compañía o Comercializador recibe la solicitud presentada por el Asegurado.
- 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.
- 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 Contratante, Asegurado o Beneficiarios al Comercializador, 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 al Comercializarse consideran abonados a La Compañía en la fecha de realización del pago.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el Asegurado recibe la Solicitud-Certificado, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa ni penalidad alguna, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias, comunicando su decisión a los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Asimismo, se procederá a devolver la prima recibida dentro de los treinta (30) días siguientes contados desde la recepción de la solicitud, no sujeta a penalidad alguna.

- 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 autoriza al Contratante a cargar en el crédito otorgado el costo de la prima única del presente seguro.
- Para el caso de las pólizas comercializadas por el canal de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

MECANISMO DE COMUNICACIÓN PACTADO

De acuerdo a lo establecido en el Art. N° 24 del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, el Asegurado declara su conformidad para que el mecanismo de comunicación asociado a la póliza sea mediante uno de los siguientes medios:

Correo electrónico **Dirección de envío de correspondencia**

El Asegurado deja expresa constancia de su aprobación, acordando que desde la fecha de suscripción del presente documento, el envío de promociones, cartas y/u otra documentación, será recepcionada a través del medio de comunicación previamente elegido.

CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES


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

El titular de los datos personales otorga a Interseguro Compañía de Seguros S.A. (en adelante Interseguro) su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para: i) Incorporar sus datos personales sensibles o no, al Banco de Datos de Clientes ubicado en las instalaciones de Interseguro. ii) Tratar sus datos personales y/o sensibles (*), que hubieran sido proporcionados directamente a Interseguro o aquellos que pudieran encontrarse en fuentes de acceso para el público, utilizando dicha información para tratamientos que supongan desarrollo de acciones comerciales, incluyendo la realización de estudios de mercado, elaboración de perfiles de compra, evaluaciones financieras, gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (incluyendo evaluaciones de seguros, procesamiento de datos, gestión de cobranzas, remisión de correspondencia, entre otros).

Ofertar productos y/o servicios que pudieran ser de su interés de forma directa o por intermedio de terceros (vía medio físico, electrónico o telefónico) de publicidad, información, obsequios, ofertas y/o promociones (personalizadas o generales) de productos y/o servicios de Interseguro y/o de otras empresas del Grupo Intercorp y sus socios estratégicos, entre las que se encuentran aquellas difundidas en el portal de la Superintendencia del Mercado de Valores (www.smv.gob.pe) así como en el portal www.intercorp.com.pe/es. Para tales efectos, el(los) titular(es) de los datos personales autoriza(n) a Interseguro la cesión, transferencia o comunicación de sus datos personales, a dichas empresas y entre ellas.

Se informa al titular de los datos personales (clientes y/o asegurados), que pueden ejercer sus derechos (derecho a la información, acceso, actualización, rectificación, supresión o cancelación, oposición y tutela de sus datos personales) presentando su solicitud en nuestras oficinas de atención al cliente; o mediante un correo electrónico dirigido a: servicios@interseguro.com.pe.

En señal de conformidad a todos los acuerdos contenidos en el presente documento, se suscribe la presente a losdías del mes de 20.....

| | | |
|--|---|---|
| Firma del Asegurado Titular | Lugar y Fecha de emisión | Firma de Representante de La Compañía  |
|--|---|---|

(*) Se entiende como “datos personales” a toda información que me identifica o la información sobre una persona identificada, y “datos sensibles” a aquellos datos personales referidos a la esfera más íntima y personal.

Nota: 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.

CONDICIONES GENERALES PARA LAS ASISTENCIAS MÉDICAS

1. INTRODUCCIÓN

Ante cualquier eventualidad, **INTERSEGURO** les brinda a sus afiliados, mediante su programa “**ASISTENCIA MEDICA INTERSEGURO**”, le brinda Asistencia Médica, Chequeo de bienvenida para el titular las 24 horas del día durante los 365 días del año. Con tan sólo una llamada al **2136655** dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier problema, sujetándose para ello al presente contrato.

El presente anexo forma parte del contrato de prestación de servicios suscrito entre **IMPULSA 365 S.A.C.** e **INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Para efectos de lo dispuesto en el presente documento, se considerarán los términos indicados a continuación:

- A) **INTERSEGURO:** INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGURO S.A.
- B) **I365:** IMPULSA 365 S.A.C.
- C) **AFILIADO:** La persona natural que sea cliente de **INTERSEGURO** y/o que se encuentre afiliada al plan de “**ASISTENCIA MEDICA INTERSEGURO**”.
- D) **BENEFICIARIOS:** Se considerará como Los Beneficiarios del **AFILIADO**, los cuales podrán gozar de todos los servicios a los que tiene derecho el **AFILIADO** de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente documento. Para tal efecto, el término Beneficiarios comprende al cónyuge, padres del **AFILIADO**, así como a los hijos menores de 18 (Dieciocho) años que vivan permanentemente con él y se encuentren bajo su dependencia económica.
- E) **DÓLARES:** La moneda de curso legal vigente en los Estados Unidos de Norteamérica.
- F) **NUEVO SOL:** La moneda de curso legal vigente en el Perú.
- G) **SERVICIOS:** Los servicios de asistencia contemplados en “**ASISTENCIA MEDICA INTERSEGURO**”, los cuales se encuentran detallados en el presente documento.
- H) **SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Aquellos hechos o actos detallados y con las características y limitaciones establecidas en el presente documento, que concedan el derecho a recibir las prestaciones de **SERVICIOS** previstos en el presente Anexo.
- I) **ACCIDENTE:** Todo acontecimiento extraordinario, imprevisible, irresistible y violento que provoque, de manera evidente, daños materiales y/o corporales a un **AFILIADO** durante la vigencia del presente documento.
- J) **FECHA DE INICIO:** Fecha a partir de la cual los **SERVICIOS** que ofrece **I365** estarán a disposición de los **AFILIADOS** de **INTERSEGURO**. Este producto es un plan anual con pago mensual y renovación automática y los **AFILIADOS** podrán hacer uso del servicio a las 48 horas de haberse inscrito al programa por cualquier vía.
- K) **PAÍS DE RESIDENCIA:** La República de Perú.
- L) **REPRESENTANTE:** Cualquier persona, sea o no acompañante del **AFILIADO**, que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los **SERVICIOS**.
- M) **DOMICILIO HABITUAL:** El domicilio del **AFILIADO** consignado en la documentación que presente a **INTERSEGURO** u otro domicilio que el **AFILIADO** hubiese notificado por escrito a **INTERSEGURO** con posterioridad a la firma del mencionado contrato.
El **DOMICILIO** será el considerado para efectos de la prestación de los **SERVICIOS** por parte de **I365** de la manera como se indica a continuación:
 - Los servicios de asistencia en el hogar y de asistencia legal, serán prestados exclusivamente en el **DOMICILIO** del **AFILIADO** siempre y cuando que éste se encuentre ubicado en una circunscripción territorial descrita en este documento.

- Los servicios de asistencia médica referidos en el presente documento no se encuentran comprendidos en la restricción del párrafo precedente, por lo que dicha clase de servicios será prestada por **I365** en todo el territorio de la República del Perú.

N) EQUIPO MÉDICO: El personal médico y demás equipo asistencial de **I365**, o subcontratado por **I365**, apropiado para prestar servicios de Asistencia Prehospitalaria en una urgencia médica a un **AFILIADO**.

O) TERRITORIALIDAD

Los Servicios que a continuación se mencionan se presentan a Nivel Nacional, dentro de la República del Perú, exceptuando aquellos lugares donde no exista un acceso transitable por carretera o en aquellos lugares que por fuerza mayor o caso fortuito no se pudiera prestar la asistencia.

P) AREA DE INFLUENCIA

Ambas partes convienen en establecer el área de influencia según lo siguiente:

En Lima:

Por el Norte: Ancón inclusive

Por el Sur: hasta Peaje Villa, San Juan de Miraflores y Villa el Salvador

Por el Este: hasta Chacacayo, San Juan de Lurigancho y Chosica (hasta puente los Ángeles).

Por el Oeste: La Punta - Callao.

En Provincias: El radio de acción será de 40 km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad:

3. LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA PRESTADOS POR I365 EN LA REPÚBLICA DE PERÚ

3.1. ASISTENCIA MEDICA:

A) ORIENTACIÓN MEDICA TELEFONICA

En caso de que el **AFILADO** requiera de una consulta telefónica con un médico ante cualquier molestia que sufriera su personal doméstico (situaciones que no sean emergencia), **I365** gestionará y coordinará un enlace telefónico con un médico especialista en medicina general para que absuelva su consulta. Este servicio se brindará las 24 horas del día. **I365** no se hace responsable por el diagnóstico que se brinde o el mal manejo de la orientación brindada. El servicio aquí indicado se realizará.

SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.

B) ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFONICA:

En caso de que el **AFILADO** requiera de una consulta telefónica con un nutricionista como, Cálculo del peso ideal y masa corporal, Orientación sobre suplementos o desórdenes alimenticios y Tips de nutrición; **I365** gestionará y coordinará un enlace telefónico para que absuelva su consulta. Este servicio se brindará en el rango de horario 9:00 a 8:00 pm. **I365** no se hace responsable por el diagnóstico que se brinde o el mal manejo de la orientación brindada. El servicio aquí indicado se realizará.

SIN LIMITE DE EVENTOS Y 2 EVENTOS POR AÑO.

C) ORIENTACIÓN PSICOLOGIA TELEFONICA:

En caso de que el **AFILADO** requiera de una consulta telefónica con un psicólogo, **I365** gestionará y coordinará un enlace telefónico con un médico para que absuelva su consulta. Este servicio se brindará las 24 horas del día. **I365** no se hace responsable por el diagnóstico que se brinde o el mal manejo de la orientación brindada. El servicio aquí indicado se realizará.

SIN LIMITE DE EVENTOS Y 2 EVENTOS POR AÑO.

D) ENVIO DE MEDICOS GENERAL A DOMICILIO:

En caso de que el **AFILIADO** requiera de un médico para que lo revise en su casa (situaciones de emergencia), **I365** coordinará el envío de un médico especialista en medicina general para que evalúe al paciente y le realice un diagnóstico. El servicio aquí indicado se realizará:

CO-PAGO DE S/. 35.00 Y SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO.

E) ENFERMERAS A DOMICILIO:

En caso de que el **AFILIADO** requiera de una enfermera para que la aplicación de inyecciones o suero en su casa (situaciones que no sean emergencia), no se queda al cuidado y como máximo 1 hora, **I365** coordinará el envío de una enfermera para que se proceda con lo solicitado. El servicio aquí indicado se brindará por:

CO- PAGO DE S/. 25.00 Y SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO.

F) AMBULANCIA POR EMERGENCIA:

En caso de que el **AFILIADO** sufra alguna situación de emergencia que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización, **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, **I365** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad con un límite máximo de:

HASTA S/. 350.00 POR EVENTO Y 2 EVENTOS POR AÑO.

G) SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL:

En caso de que el **AFILIADO** requiera de una segunda opinión de algún resultado médico, deberá enviar toda la información sobre su diagnóstico y **I365** remitirá toda la información al extranjero para obtener la segunda opinión médica, la cual se remitirá todo el informe médico al **AFILIADO**. El servicio aquí indicado se brindará por: **SIN LIMITE DE EVENTOS Y 1 EVENTOS POR AÑO.**

3.2 A) CHEQUEO DE BIENVENIDA:

El programa “**ASISTENCIA MEDICA INTERSEGURO**”, le brinda por intermedio de **I365** una serie de exámenes de bienvenida para escoger con tan sólo una llamada podrá ser derivados al centro clínico o laboratorio para que se realice el análisis que solicite.

Este servicio solo se brinda para el **TITULAR** del servicio y podrá elegir dos de los siguientes exámenes médicos:

- **Colesterol**
- **Triglicéridos**
- **Glucosa**
- **Examen de orina**
- **Hemoglobina**

B) REFERENCIA Y COORDINACION DE CLINICAS Y HOSPITALES:

Cuando el **AFILIADO** necesite **ASISTENCIA MÉDICA** en Lima, **I365** le proporcionará información de médicos especialistas como odontólogos, cardiólogos, pediatras, ginecólogos, dermatólogos, etc., así como clínicas y hospitales. Queda entendido que no se emitirá diagnóstico, pero a solicitud del **AFILIADO** y a cargo del mismo se pondrán los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea organizando una visita personal de un médico, concertando una cita con un médico, o en un centro hospitalario, entendido esto, que los honorarios del médico que atiende al **AFILIADO** y cualesquiera otros gastos médicos en que se incurra, serán pagados por el **AFILIADO** con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven.

En las demás localidades del Perú, **I365** hará lo posible por ayudar al **AFILIADO** a contactar un médico o centro médico con la mayor celeridad. En este caso, el **AFILIADO** también deberá pagar con sus propios recursos los honorarios médicos y los gastos en que incurra al recibir asistencia médica.

I365 no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los médicos o centros médicos contactados. El servicio aquí establecido se brindará **DE CONEXIÓN Y SIN LÍMITE DE EVENTOS.**

4. LIMITES, RESTRICCIONES Y EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA PRESTADOS POR I365 EN LA REPÚBLICA DE PERÚ

4.1. LIMITES, RESTRICCIONES Y EXCLUSIONES GENERALES A LOS SERVICIOS:

4.1.1. Bajo ninguna circunstancia serán objeto de cualquiera de los **SERVICIOS**, las situaciones de asistencia que se hayan generado por las siguientes causas:

- a) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
- b) Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- c) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- d) La energía nuclear radiactiva.
- e) Enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos, enfermedades pre-existentes.
- f) La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- g) Enfermedades mentales.
- h) La adquisición y uso de prótesis o anteojos.
- i) El embarazo.
- j) Prácticas deportivas en competencia.
- k) El incumplimiento de las obligaciones procesales que imponga la autoridad judicial y/o administrativa como medida preventiva para asegurar la asistencia del **AFILIADO** en el proceso y/o procedimiento.

No obstante, ello, **I365** avisará a **INTERSEGURO** de los servicios improcedentes por las causas arriba citadas a fin de verificar si ésta autoriza la prestación del servicio por la calidad del cliente, 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:

A fin que el **AFILIADO** pueda disfrutar de los servicios contemplados en el presente documento, el mismo deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- a) Identificarse como **AFILIADO** ante los funcionarios de **I365** o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.
- b) Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **I365**.
- c) Dar aviso oportuno a **I365** del cambio de **DOMICILIO** del **TITULAR**. En caso de que el **TITULAR** establezca su **DOMICILIO** en un lugar distinto a una circunscripción territorial en donde **INTERSEGURO** mantenga establecimientos comerciales, la relación con el **AFILIADO** se extinguirá de pleno derecho, con lo cual **I365** se encontrará liberada de su obligación de prestar los servicios contemplados en el presente contrato y el **AFILIADO** se encontrará liberado de su obligación de pagar las cuotas necesarias para recibir los servicios aquí establecidos.

6. PROCEDIMIENTO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO:

6.1. A efectos de solicitar alguno de los servicios contemplados en el presente documento, el **AFILIADO** deberá proceder de la siguiente forma:

- a) Comunicarse con **I365** al número de emergencias que es **2136655**
- b) Suministrarle al funcionario de **I365** que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como **AFILIADO**, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como la ubicación exacta del **AFILIADO**; un número telefónico en el cual localizarlo; descripción por el **AFILIADO** del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise.
- c) Una vez cumplidos todos los requisitos indicados anteriormente, **I365** le prestará al **AFILIADO** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento. La atención de la solicitud de los servicios es de manera inmediata.

6.2. En cualquier caso, el personal de **I365** prestará los servicios contemplados en este contrato únicamente a las personas que figuren como **AFILIADOS** dentro de la base de datos del programa de “**ASISTENCIA MEDICA INTERSEGURO**” administrada por **I365**. De este modo, **I365** asume la responsabilidad de mantener totalmente actualizada la lista de **AFILIADOS** activos.

6.3. En caso de que el **AFILIADO** no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados anteriormente, **I365** no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no prestación

de los servicios a que se refiere el presente contrato.

6.4. En los casos de absoluta y comprobada urgencia del **AFILIADO** para cumplir con el procedimiento anteriormente señalado, de manera excepcional y únicamente en relación con el **SERVICIO DE TRASLADO MÉDICO TERRESTRE**, el **AFILIADO** podrá acudir directamente ante terceros a solicitar el indicado servicio.

En tal caso, **I365** restituirá al **AFILIADO** los gastos incurridos hasta por un límite de S/350 por evento y hasta 2 (DOS) eventos por año. A efectos de que el **AFILIADO** tenga derecho al reembolso mencionado, deberá cumplir con el procedimiento establecido en los párrafos anteriores dentro de un plazo máximo de veinticuatro horas (24) contadas a partir del momento en que se haya concretado el **SERVICIO DE TRASLADO MÉDICO TERRESTRE**.

7. SUBROGACIÓN

Se deja expresamente establecido que, de conformidad con lo previsto en el artículo 1219 del Código Civil, **I365** se encuentra facultada a subrogarse en el lugar del **AFILIADO** para efectuar el cobro de las indemnizaciones y/o otra clase de reparaciones que le correspondan a éste último, hasta por el límite del costo de los servicios prestados por **I365** al **AFILIADO**, como consecuencia de los accidentes, emergencias o enfermedades que hubiesen dado lugar a la prestación de dichos servicios.

8. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Se deja establecido que **I365** podrá prestar los servicios en forma directa o mediante terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1766 del Código Civil.

9. DESAFILIACION AL PROGRAMA Y ATENCION DE RECLAMOS

Si el **AFILIADO** quiere hacer un reclamo o desafiliarse del programa "**ASISTENCIA MEDICA INTERSEGURO**" podrá hacerlo mediante una llamada telefónica a **I365**, esto se deberá hacer de lunes a viernes y en horario de oficina y estos serán atendidos dentro de las 48 horas posteriores a la llamada. Adicionalmente, podrán desafiliarse a través de un documento escrito, presentado en cualquier oficina de **INTERSEGURO**, y estos serán atendidos dentro de las 72 horas posteriores al envío de dicho documento.