



**CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN DE CRÉDITO "PEQUEÑA EMPRESA"
PÓLIZA N° 500046 DÓLARES y PÓLIZA N° 500047 SOLES**

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

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

EMPRESA DE SEGURO

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

CONTRATANTE

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

ASEGURADO

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

BENEFICIARIO : El Contratante

COBERTURA DEL SEGURO : Desgravamen de Crédito "Pequeña Empresa"

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

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

EDAD MÁXIMA DE INGRESO : (a) Hasta cumplir 65 años
(b y c) Hasta cumplir 70 años

EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA : (a y b) Hasta cumplir 70 años
(c) Hasta cumplir 75 años

SUMA ASEGURADA : (a) El saldo insoluto asegurado al momento del siniestro hasta un máximo US\$ 100,000.00 o su equivalente en moneda nacional para asegurados menores de 70 años que hayan ingresado antes de cumplir 65 años.
(b) El saldo insoluto asegurado al momento del siniestro hasta un máximo de US\$ 10,000.00 o su equivalente en moneda nacional para asegurados menores de 70 años que hayan ingresado desde los 65 años hasta los 69 años.
(c) El saldo insoluto asegurado al momento del siniestro hasta un máximo de US\$ 3,000.00 o su equivalente en moneda nacional para asegurados menores de 75 años que hayan ingresado antes de cumplir 70 años.

TASA MENSUAL

Individual : 0.49 por mil. (incluido IGV)
Mancomunado : 0.91 por mil. (incluido IGV)

FECHA DE EMISIÓN :

Descripción del Interés Asegurado.-

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

Beneficios del Seguro.-

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

Definición de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

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

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

Definición de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:

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

Exclusiones.-

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

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

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

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

Liquidación de la Póliza.-

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

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

Copia de la Póliza.-

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

Información adicional.-

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



Firma del representante
de la compañía