

Solicitud de Afiliación de Crédito Hipotecario

 Titular
LLENAR LA SOLICITUD CON LAPICERO NEGRO Y LETRA IMPRENTA LEGIBLE

canal de ventas	punto de venta	cód. tienda gestora	cód. promotor	indicador de evaluación	ahorro casa exterior (2)	codeudor	ingresos conyugales	Fecha
-----------------	----------------	---------------------	---------------	-------------------------	--------------------------	----------	---------------------	-------

Datos de Crédito Hipotecario

Tipo	Tipo de evaluación	Otro Indica:	Moneda y Monto de alquiler	Moneda y Valor del inmueble	Moneda y Cuota inicial
hipotecario	Mi vivienda cofide	Techo propio	Personal con garantía hipotecaria	tradicional	Ahorro casa
Moneda y Monto solicitado	Plazo (meses)	Tipo cuota	Período de gracia (meses)	Fecha de pago	Número de vivienda (titular y conyuge)
		ordinaria	extraordinaria	2 17 otro:	1era 2da 3era 4ta a más
Autorizo contratación del seguro del inmueble(4)	Destino: Compra de:	Ampliación o remodelación	Construcción	Libre disponibilidad	Financia Gastos (3)
Si No	vivienda terreno Casa de campo o playa deuda				Si No
Número de cuenta existente (6)	Forma de pago de cuota inicial	Otro Indica:	nombre del proyecto	De no tener cuenta autorizo a interbank la apertura de esta	
	Retiro AFP			Cta Ahorro	Cta Cte

Datos Generales del Titular

tipo y n° de documento (1)(10)	Apellidos y Nombres (1)	Fecha de nacimiento (1)	sexo	nivel de educación
dni ce pasaporte			M F	primaria secundaria técnica superior post-grado
estado civil (8)	país de nacimiento	país de nacionalidad	país de residencia (1)	Aporta a EsSalud
soltero casado casado c/bs separados viudo conviviente divorciado				Si No
tiempo residencia en Perú (solo extranjeros)	tipo de vivienda	E-mail personal (13)	situación laboral	
años meses	propia propia financiada alquilada familiar		dependiente profesional accionista empresa rentista 1° categ rentista 2° categ micro empresario jubilado informal no labora(2) trabaja en el extranjero(2)	% participación (accionista)

Datos Generales del Conyuge

tipo y n° de documento	Apellidos y Nombres	Fecha de nacimiento	tiempo residencia en Perú (solo extranjeros)	aporta a EsSalud
dni ce pasaporte			Años meses	si no
situación laboral	E-mail personal (13)			
dependiente profesional accionista empresa rentista 1° categ rentista 2° categ micro empresario jubilado informal no labora trabaja en el extranjero				

Datos Complementarios del Titular

Dirección	distrito	provincia	Cód zip
departamento	Cód ciudad	Teléfono casa	Teléfono Celular
		N° seguro social (extranjero)	tiempo de residencia en domicilio
			años meses

Datos Complementarios del Conyuge

ocupación actual	solo para diplomáticos residencia actual	fecha próximo cambio	fecha de ingreso o inicio de actividad	giro o actividad del negocio	ingreso mensual fijo S/(bruto)
	Perú Extranjero	mes año	mes año	servicio industria comercio	
ingreso mensual variable S/(bruto)(9)	otros ingresos	total otros ingresos S/	otros ingresos	Cód ciudad	
	dependiente profesional independiente rentista accionista jubilado micro empresario		dependiente profesional independiente		
teléfono	Anexo (s)	Razón Social	Dirección	Cód zip	

Datos Complementarios del Conyuge

% participación (accionista)	ocupación actual	giro o actividad del negocio	fecha de ingreso o inicio de actividad
		servicio industria comercio	mes año
ingreso mensual fijo S/(bruto)	ingreso mensual variable S/ (9)	total otros ingresos S/	
		dependiente profesional independiente rentista accionista jubilado micro empresario	
Anexo (s)	n° seguro social (extranjero)	Razón social	Cód ciudad
			teléfono
	Dirección	Cód zip	distrito
			provincia
	departamento		

Referencias

Marcar C: Conyuge en caso se dese ingresar referencias del conyuge

apellidos y nombres / razón social	tipo y n° de documento	persona de contacto	tipo de relación con solicitante (*)	cód.ciudad	teléfono fijo/ celular	anexo (s)
C	dni ce ruc		F C P A L I			
apellidos y nombres / razón social	tipo y n° de documento	persona de contacto	tipo de relación con solicitante (*)	cód.ciudad	teléfono fijo/ celular	anexo (s)
C	dni ce ruc		F C P A L I			
apellidos y nombres / razón social	tipo y n° de documento	persona de contacto	tipo de relación con solicitante (*)	cód.ciudad	teléfono fijo/ celular	anexo (s)
C	dni ce ruc		F C P A L I			
apellidos y nombres / razón social	tipo y n° de documento	persona de contacto	tipo de relación con solicitante (*)	cód.ciudad	teléfono fijo/ celular	anexo (s)
C	dni ce ruc		F C P A L I			

(*) Dond e F: Familiar, C: Cliente, P: Proveedor, A: arrendador, L: Laboral, I: Inquilino

Coberturas del Seguro

Deberán completar la declaración personal de salud: Personas hasta los 61 años con sumas aseguradas a partir de USD 150,000 o S/500,000 (Monto máximo que incluye la suma del monto del crédito más el cúmulo), y personas a partir de los 62 años por cualquier importe solicitado.

En caso la entidad financiera Intebank acepte la presente solicitud de crédito, autorizo a que me notifique cualquier comunicación futura relacionada a mi seguro desgravamen brindado por Interseguro Compañía de Seguros S.A. a través del correo electrónico antes indicado, el cual constituirá mi dirección contractual, comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación con por lo menos (15) días de anticipación; en caso contrario, se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la única dirección electrónica consignada en el presente documento.

Seguro Desgravamen

Coberturas	Suma asegurada	Suma asegurada
Fallecimiento	Saldo insoluto(*) al momento del siniestro	Edad mínima de ingreso 18 años
Invalidéz total y permanente por accidente o enfermedad		Edad máxima de ingreso: Hasta antes de cumplir 76 años.
		Edad máxima de permanencia: Hasta antes de cumplir 86 años.

Seguro desgravamen (6)

individual	mancomunado	externo
------------	-------------	---------

Este seguro no cubre preexistencias a menos que sean declaradas por el contratante y aceptadas por Interseguro. Por favor, indíquenos si tienes preexistencias (** y/o antecedentes médicos y/o tratamiento actual(***) en proceso que de darar:

Titular		Mancomunado	
si	no	si	no

* Para los asegurados entre 75 y 85 años que hayan ingresado al seguro antes de cumplir 76 años, el saldo insoluto máximo será de US\$ 30,000 o equivalente en moneda nacional. Para crédito Mi vivienda o Techo Propio, el saldo insoluto será de US\$12,000 o su equivalente en moneda nacional.

** De acuerdo a la Ley N° 29561, preexistencia es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.

*** Antecedentes médicos, pendiente por suscripción y auditoría médica. En caso tener preexistencias, antecedentes médicos y/o tratamiento actual y no haber marcado la casilla de declaración de presentar un siniestro motivo de una preexistencia no declarada, la cobertura será declarada nula.

(1) Solo para R: Remesador, GH: Garantía Hipotecaria, AT: Apoderado Titular y AC: Apoderado Cónyuge; completar los campos marcados con el numeral 1 / (2) Solo aplica situación "no labora" para titular / (3) No incluyen los gastos de tasación. Para efectos del importe asegurable del desgravamen, se considera el monto solicitado por el crédito hipotecario más el importe de los gastos financiados, en caso el cliente solicite incluirlos en el préstamo. / (4) El no autorizar la contratación del seguro del inmueble, implica la contratación de un seguro externo / (5) En caso de cuentas mancomunadas, solo aplica tipo de cuenta «Y/O» / (6) Misma moneda del crédito / (7) Adicionalmente el cliente tiene la opción de realizar el pago por ventanilla u otros canales establecidos por Interbank / (8) La declaración de mi estado civil actual es el consignado en la presente solicitud. Formulo la presente Declaración jurada instruido(a) de las acciones administrativas y penales a las que me vería sujeto(a) en caso de falsedad de la presente / (9) Para el caso de los accionistas, se deberá ingresar el promedio de ventas mensuales de la empresa donde es accionista / (10) De presentar DNI, país de nacionalidad debe ser Perú; de presentar CE, país de nacionalidad debe ser diferente a Perú y país de residencia debe ser Perú / (11) Solo si adjunta la renuncia de seguro de desgravamen por exceso de edad y/o monto de cobertura / (12) Se completará solo si se eligió «si» envío informe de pago / (13) El CLIENTE ha consignado su dirección de correo electrónico, que para todo efecto, se considera seguro, personalizado y válido para la entrega o recepción de comunicaciones de cualquier naturaleza que determine INTERBANK, esta dirección de correo electrónico, será obligatorio y producirá los efectos del domicilio del CLIENTE, siendo válidas y plenamente eficaces todas las comunicaciones que allí se practiquen.

Política de Privacidad de Datos Personales

Consentimiento para tratamiento de Datos Personales

Conforme a la Ley de Protección de Datos Personales, Ley 29733, y su Reglamento, Decreto Supremo N°003-2013, a través de este documento Interseguro Compañía de Seguros S.A. ("Interseguro"), con domicilio en Av. Javier Prado Este N°492, Of. 2601, Urb. Jardín, San Isidro, Lima, Perú, informa sobre los alcances del tratamiento de los datos personales que nos facilita con ocasión a la contratación de su seguro.

Tratamiento Necesario

Usted, como Asegurado y Asegurado Mancomunado de ser el caso, otorga a Interseguro Compañía de Seguros S.A. su consentimiento previo, informado, expreso e inequívoco para realizar el tratamiento de sus datos personales y sensibles ("Datos Personales"), para la evaluación de riesgo, celebración del contrato, procesamiento y actualización de datos, gestión de cobranzas y cargo de primas, envío de correspondencia y comunicaciones, evaluación y pago de siniestros, entre otros que conforman la ejecución de la relación contractual.

Los Datos Personales serán almacenados en el banco de datos "Clientes" de titularidad de Interseguro Compañía de Seguros S.A., inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales, donde se tratarán hasta que usted revoque formalmente su consentimiento. Los Datos Personales son necesarios para poder ejecutar el contrato de seguro. Usted tiene derecho de revocar su consentimiento en cualquier momento, no obstante, si lo hace durante la vigencia del contrato, Interseguro no podrá cumplir con sus obligaciones derivadas del contrato.

Interseguro Compañía de Seguros S.A. podrá transferir a nivel nacional e internacional a terceros que realizarán actividades relacionadas a la ejecución de la relación contractual por encargo de Interseguro Compañía de Seguros S.A.

Tratamiento Opcional

Usted, como Asegurado o Asegurado Mancomunado, según corresponda y dependiendo de la opción que marque al final de este casillero, puede otorgar de forma libre, expresa, previa e inequívoca, su consentimiento para que Interseguro Compañía de Seguros S.A. transfiera los Datos Personales a las empresas de su grupo económico - Intercorp, y para que Interseguro Compañía de Seguros S.A. y dichas empresas puedan, respecto a sí mismas: tratar sus Datos Personales con la finalidad de ofrecer, enviar información y publicidad sobre productos y servicios, ofertas y promociones, sea de forma directa o a través de terceras empresas contratadas para tales finalidades, a través de medios personalizados o de sistemas de comunicación masiva; así como para que Interseguro Compañía de Seguros S.A. realice estudios de mercado y elaboración de perfiles de compra. Este Tratamiento es Opcional y se realizará hasta el momento en que usted revoque el consentimiento.

Asegurado		Asegurado Mancomunado	
Si acepto	No acepto	Si acepto	No acepto

Para el tratamiento Necesario y el tratamiento Opcional:

Interseguro Compañía de Seguros S.A. le informa que usted puede ejercer de forma libre, gratuita y en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de Datos Personales, mediante el envío de una comunicación a servicios@interseguro.com.pe o en la Av. Paseo de la República 3071, San Isidro, Lima, Perú, conteniendo lo siguiente: a) nombres y apellidos del titular del derecho y acreditación de los mismos. En caso de actuar a través de representante legal, deberá, adicionalmente, adjuntar copia de DNI del representante legal y del título que acredite la representación; b) Petición concreta que da lugar a la solicitud; c) domicilio o dirección electrónica, a efectos de recibir las respuestas o notificaciones; d) Fecha y firma (no aplica firma si es por vía de correo electrónico); e) Documentos que sustenten la petición, de ser el caso. Interseguro atenderá las solicitudes cumpliendo con los plazos y formalidades que establece la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

El CLIENTE declara conocer la opción de endosar sin costo adicional un seguro de vida personal en cualquier momento del plazo del crédito, en caso de contar con uno, siempre y cuando brinde coberturas, condiciones y plazos iguales o superiores al seguro ofrecido por Intebank a través de Intebank. Para mayor información con respecto a condiciones, coberturas y procedimientos ingresara www.intebank.pe

De no haber optado por endosar un seguro de vida a su crédito hipotecario, INTERBANK contratará, a nombre de EL CLIENTE un seguro de Desgravamen, bajo juramento de que: (i) la información contenida en el documento suscrito es veraz, completa y exacta; (ii) cumple con las condiciones de la póliza y los requisitos exigidos por ella; y (iii) a la firma de la escritura pública que el Contrato origine, estará también comprendido dentro de las condiciones y requisitos de la póliza, por lo que el Préstamo quedará cubierto por el seguro de desgravamen a que se refiere esta cláusula. El CLIENTE formula esta declaración conociendo que, de no ser correcta o de no cumplir las condiciones y requisitos establecidos en la póliza, se perderá el derecho a la indemnización que deba pagar la compañía de seguros por el Préstamo, con los efectos consiguientes para el CLIENTE y sus herederos, quienes –conforme a la legislación vigente– asumirán el pago de lo adeudado al INTERBANK hasta el límite de la masa hereditaria.

El CLIENTE declara que conoce y acepta que la compañía de seguros solamente pagará el capital, los intereses, las comisiones, los gastos y las penalidades, si fuere el caso, adeudados por el CLIENTE al día de su fallecimiento, siendo de cargo de la masa o de sus herederos los intereses, comisiones, capital y gastos del Préstamo en mora y que no se hayan cancelado hasta dicha fecha, con el límite de la masa hereditaria según establezca la legislación vigente.

El CLIENTE señala que las únicas personas que quedan aseguradas por el seguro de desgravamen a que se refiere este numeral son aquellas cuyos nombres, número de documento oficial de identidad y porcentaje asegurado se indican en el Anexo.

En señal de conformidad a los acuerdos anteriormente mencionados, suscribo la presente:

Firma del Solicitante / Titular

Firma del Cónyuge del Titular

Firma del Funcionario Responsable

Importante

- La póliza de seguro será entregada dentro del plazo 15 días siguientes a su emisión, la cual está condicionada a la aprobación del riesgo por parte de La Compañía y al desembolso del crédito por parte de la institución financiera.

- El Contratante 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 Entidad Financiera recibe la solicitud presentada por el Asegurado.

- En caso se marque "Si" para el seguro desgravamen con interseguro quedará sujeto a las políticas de privacidad de datos personales y demás condiciones contenidas en el presente documento.

- La vigencia de las coberturas anteriormente detalladas, termina con la cancelación del crédito, quedando a 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 Contratante se encuentra obligado a informar a La Compañía 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.

- Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiarios a la Entidad Financiera, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubieran presentado a La Compañía y se entienden como recibidas en la misma fecha; así como los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago a la Entidad Financiera se consideran abonados a La Compañía en la fecha de realización del pago.

- 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.

- 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. Las condiciones y límites de permanencia del seguro se encuentran establecidas en las Condiciones Particulares.

Suscribo la presente solicitud: (i) Declarando la veracidad de los datos consignados y autorizando a Intebank a confirmarlos; (ii) Aceptando los términos del Contrato correspondiente; (iii) Declarando haber recibido previamente de Intebank toda la información sobre las características y tarifas de la operación; (iv) Aceptando que Intebank no está obligado a notificarme el resultado de la evaluación de la presente solicitud; y (v) Autorizando a Intebank a destruir los documentos que he presentado para el presente trámite, en caso no sea aprobado, según sus procedimientos.

Mediante la suscripción del presente formulario, usted declara que la información proporcionada es verdadera y acepta que Intebank actualice sus datos personales (ej. Dirección, correo electrónico, teléfonos, etc.) con la información consignada en este documento, para la gestión de todos sus productos y/o servicios, así como la ejecución de los contratos que usted mantiene con Intebank. El cliente ha consignado su dirección de correo electrónico, que para todo efecto, se considera seguro, personalizado y válido para la entrega o recepción de comunicaciones de cualquier naturaleza que determine INTERBANK, esta dirección de correo electrónico, será obligatorio y producirá los efectos del domicilio del CLIENTE, siendo válidas y plenamente eficaces todas las comunicaciones que allí se practiquen.

1. La Ley de Protección de Datos Personales define al tratamiento de datos personales como cualquier operación o procedimiento técnico, automatizado o no, que permite la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción, consulta, utilización, bloqueo, supresión, comunicación por transferencia o por difusión o cualquier otra forma de procesamiento que facilite el acceso, correlación o interconexión de los datos personales.

2. Banco Internacional del Perú S.A.A. – Intebank (Av. Carlos Villarán 140, La Victoria, Lima, Perú) para comercialización de productos; Affinity Latam Solutions S.A.C. (Av. Santo Toribio No. 115 Int. P8, Lima, Perú) para recaudación de primas; Hernán Santiago Christiansen Briceño (Loma Flor 197, Dpto. 301, Surco, Lima, Perú), Hugo Ramón Guillermo Razuuri Ramírez (C. Los Saucos 260, La Molina, Lima, Perú) para evaluación médica; Olva Curier S.A.C. (Av. Gral. Alvarez de Arenales No. 1775, Lince, Lima, Perú) para distribución de cartas de siniestros; Gestión de Soluciones Digitales S.A.C. (Av. Petit Thouars No. 4957, Miraflores, Lima, Perú) para digitalización de documentos; Iron Mountain Perú S.A. (Av. Elmer Faucett 3462, Callao, Perú) para custodia de documentos físicos; Enotria S.A. (C. Nicolás Aylón 2890 Ate Vitarte Lima 3 – Perú) para generación, impresión y distribución de pólizas y ECC; Masterbase Perú S.A.C. (C. Los Zorales 160, Piso 3, San Isidro, Lima, Perú) para envío de pólizas por correo electrónico e Intco Perú S.A.C. (C. Manuel González Olaechea 338, Int. 101, San Isidro, Lima, Perú) para envío de información por SMS.

3. Banco Internacional del Perú S.A.A. – Intebank (Av. Carlos Villarán 140, La Victoria, Lima, Perú), Interfondos S.A. Sociedad Administradora de Fondos (Av. Carlos Villarán 140, Piso 6, La Victoria, Lima, Perú), Financiera OHL S.A. (Av. Aviación 2405, Piso 9, San Borja, Lima, Perú), Tiendas Peruanas S.A. (Av. Aviación 2405, Piso 7, San Borja, Lima, Perú), Intelgo Sociedad Admin de Bolsa S.A. (Av. Rivera Navarrete 501, Piso 21, San Isidro, Lima, Perú), Supermercados Peruanos S.A. (C. Morelli 181, Piso 2, San Borja, Lima, Perú), Real Plaza S.R.L. (Av. Punta del Este 2403, Piso 2, Jesús María, Lima, Perú), Inretail Pharma S.A. (Av. Defensores del Morro 1277, Chorrillos, Lima, Perú), Colegios Peruanos S.A. (Av. Carlos Villarán 140, Piso 7, La Victoria, Lima, Perú), Universidad Tecnológica del Perú S.A.C. (C. Natalio Sánchez 125, Lima, Perú).