



**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE TARJETA DE DEBITO
CÓDIGO SBS RG2024120095**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

SEGURO DE TARJETA DE DEBITO CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES.

Para efectos de la presente Póliza y de acuerdo a lo convenido entre las partes el significado de los términos que más adelante se indican es el siguiente:

Accidente: Se entiende por accidente todo suceso violento, imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión revelados por los exámenes correspondientes.

Además se extiende la definición, a la asfixia e intoxicación por vapores o gases o cualquier sustancia análoga, o por inmersión y por obstrucción y la electrocución. Adicionalmente, las consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa, causada por un accidente cubierto por la presente póliza.

No se consideran como accidentes los hechos señalados en el párrafo anterior que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, accidentes cerebrovasculares, enfermedades cerebrovasculares, desórdenes cerebrovasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

Asegurado: Es la persona que es cliente del Contratante en calidad de titular de una tarjeta de débito que se encuentra bajo la cobertura de la presente póliza.

Aseguradora o Compañía: Interseguro Compañía de Seguros S.A.

Beneficiarios: Para la cobertura de Fallecimiento accidental a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro los beneficiarios son los herederos legales según las normas sucesorias. Para las demás coberturas, el beneficiario es el propio asegurado. Los datos de los beneficiarios estarán consignados en la Solicitud – Certificado.

Capital Asegurado o Suma Asegurada: Monto contratado para cada cobertura, el cual figura en las Condiciones Particulares y en la Solicitud – Certificado.

Comercializador: Persona Jurídica con la que La Compañía celebra un contrato de comercialización con el objeto de que este se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros.

Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por La Compañía para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la Póliza de seguro.

Condiciones Particulares: Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado en el cual se indican, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, forma de pago de primas, vigencia del contrato, entre otros.

Contratante: Entidad financiera señalada en las condiciones particulares, cuyos clientes de tarjeta de débito, cuentas de ahorro o cuentas corrientes pueden acceder al presente seguro, facultándolo a realizar el pago de la prima mediante cargos en las tarjetas de débito o en las cuentas bancarias.

Contrato de Seguro: Acuerdo de voluntades por el cual La Compañía se obliga frente al Contratante a cambio del pago de una prima, a indemnizar al Asegurado o a un tercero, dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza de seguro, en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

Endoso: Es el acuerdo mediante el cual se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante y/o Asegurado y que se adhiere a la Póliza. El endoso surte efecto una vez que ha sido suscrito y/o aprobado por La Compañía y el Contratante.

Exclusiones: Se refiere a todas las circunstancias y/o causas de siniestros no cubiertos por el seguro y que se encuentran expresamente señaladas en la Póliza.

Gastos del Asegurador: Gastos en los que la Compañía incurre al comercializar y administrar la Póliza.

Hospitalización: Periodo mínimo de 24 horas que comienza en la fecha de ingreso del asegurado a un hospital o clínica privada debidamente autorizada y reconocida por el Ministerio de salud, y termina en el día que el asegurado es dado de alta de dicha institución.

Interés Asegurable: Requisito que debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.

Límite agregado anual: Tope de suma asegurada correspondiente a determinada cobertura, cuyo monto de la prima, asume la cobertura de los riesgos objeto del contrato con arreglo a las condiciones de la póliza.

Plazos: Se consideran en días calendario, salvo aquellos que expresamente indiquen lo contrario en la presente Póliza.

Prima Comercial: Es el valor determinado por la Compañía, como contraprestación por la cobertura de seguro contratada. Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la Compañía.

Póliza: Es el documento emitido por La Compañía en el que consta el Contrato de Seguro, Condiciones Generales, Particulares, Especiales, Resumen de Condiciones Generales, Endosos, Anexos, solicitud del seguro, Declaración Personal del Asegurado así como los documentos que contienen otras declaraciones efectuadas por el Contratante o Asegurado, con ocasión de la contratación del seguro. En él se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.

Robo y/o asalto y/o secuestro: A efectos de la presente póliza y su cobertura, se entenderá como tal al apoderamiento ilegítimo de la(s) tarjeta(s) de débito del asegurado para aprovecharse de ella(s), sustrayéndola(s) del lugar en que se encuentran empleando violencia contra la persona del asegurado, amenazándolo con un peligro inminente para su vida o integridad física sea con armas o no y/o privándolo o restringiendo su libertad con tales fines.

Solicitud - Certificado de Seguro: Documento que contiene la solicitud, certificado y resumen de la Póliza. La Solicitud – Certificado se emite en caso de los seguros de grupo o colectivos, vinculado a una Póliza de seguro determinada, y que contiene la información mínima sobre las condiciones de aseguramiento, así como la descripción del Asegurado y Asegurado Mancomunado, si lo hubiere, prima pactada, entre otros, conforme a las disposiciones de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

ARTÍCULO Nº 2 COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

El presente seguro tiene como objeto otorgar protección al Asegurado en caso de robo y/o asalto y/o secuestro en los términos definidos en el Artículo Nº 1 siempre que motiven el uso indebido de la(s) tarjeta(s) de débito amparadas por el seguro y en tanto sea cometido por una persona con quién el Asegurado no tiene una relación dentro del cuarto grado de consanguinidad y primero de afinidad.

Las coberturas y sumas aseguradas a las que puede acceder el Asegurado se detallan a continuación:

1. Indemnización por robo y/o asalto y/o secuestro

Se cubre al Asegurado por robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta de débito, siempre que ésta haya sido obtenida en forma ilícita y mediando la fuerza, por robo y/o asalto y/o secuestro, hasta un monto máximo señalado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud - Certificado de Seguro.

Son materia de cobertura solo los usos indebidos desde la hora que figura en la denuncia correspondiente hasta por un máximo de 4 horas o hasta el momento del bloqueo de la tarjeta de débito. Se entenderá como usos indebidos aquellos usos de la(s) tarjeta(s) asegurada(s) cuyos movimientos no son reconocidos por el Asegurado. El bloqueo de la tarjeta debe realizarse dentro de las 4 horas de ocurrido el siniestro, salvo caso fortuito o fuerza mayor debidamente acreditado.

2. Fallecimiento accidental a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro

Si la lesión al Asegurado al producirse el robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta de débito asegurada causara la muerte del mismo, indemnizaremos a los herederos legales hasta el beneficio máximo señalado en la Solicitud - Certificado de Seguro y en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. Gastos médicos por hospitalización a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro

Si las lesiones sufridas por el Asegurado, a consecuencia de un robo y/o asalto y/o secuestro, hace necesario incurrir en gastos de hospitalización, La Compañía pagará por concepto del tratamiento médico incluyendo medicinas y exámenes especializados; los cuales serán reembolsados de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares y Solicitud - Certificado, hasta por un lapso de treinta (30) días, en exceso de los tres (3) primeros días de hospitalización. Dichos gastos no excederán el monto establecido en la Solicitud - Certificado de Seguro y las Condiciones Particulares de la Póliza.

4. Reembolso de documentos por robo y/o asalto y/o secuestro

Si en el robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta de débito asegurada sustraen documentos personales del Asegurado, La Compañía indemnizará hasta el monto, por cliente para los gastos de duplicados y reposición de estos documentos u otras tarjetas, señalado en la Solicitud - Certificado de Seguro y en las Condiciones Particulares de la Póliza. El beneficio se pagará contra documentos que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos.

ARTÍCULO Nº 3: EXCLUSIONES

Este seguro no cubre lo siguiente:

- (i) Reclamos provenientes de cualquier transacción que no sea la extracción de dinero en efectivo.**
- (ii) Tarjetas "corporate" o "lodge".**
- (iii) Robo o secuestro, así como gastos médicos o muerte accidental como consecuencia del robo o secuestro, cuando el evento sea imputable a una persona con quien el Asegurado tenga una relación dentro del cuarto grado de consanguinidad y primero de afinidad.**
- (iv) Actos delictivos o cualquier intento de cometerlos por parte del Asegurado.**
- (v) El hecho de que el Asegurado esté voluntariamente bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sea recetado por un médico, al momento de la ocurrencia del robo, asalto o secuestro. Asimismo, el estado de embriaguez o drogadicción del Asegurado, salvo se compruebe que fue inducido por el delincuente para facilitar el robo o asalto o secuestro. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente.**
- (vi) Guerra, invasión, actos enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar usurpado. Utilización de armas nucleares, químicas o biológicas de destrucción masiva como quiera que fueran distribuidas o combinadas.**
- (vii) Cualquier acto intencional por parte de un beneficiario del Asegurado o persona que habita la casa del Asegurado que ocasiona lesión corporal o amenaza con ocasionar lesión corporal al Asegurado, incluyendo actos realizados en defensa propia o en la defensa de un tercero. Se considera intencional cualquier lesión a consecuencia de una arma de fuego o punzo cortante o cualquier otro instrumento letal, que ocurre durante dicho acto.**
- (viii) Motín o remoción del gobierno legalmente constituido o conmoción civil adquiriendo las proporciones de levantamiento o explosión de armas de guerra o actividades terroristas.**
- (ix) Que el Asegurado emprenda o tome parte en operación o servicios navales, militares o de la fuerza aérea.**
- (x) El suicidio, intento de suicidio o lesiones Intencionales auto infligidas o que el Asegurado se encuentre en estado de insania, salvo que ya hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro o desde la rehabilitación de la Póliza.**
- (xi) Enfermedad, padecimiento o infección bacterial de cualquier tipo, a excepción de infecciones que surgen a consecuencia de una lesión accidental ocurridas en el asalto.**
- (xii) Hernia, independientemente de la causa.**

- (xiii) Cuando el uso indebido de la tarjeta es atribuida a algún familiar que resida en el mismo domicilio del titular de la tarjeta.**
- (xiv) Cualquier costo, cargo o gasto del banco o institución financiera similar o del Asegurado para establecer la existencia o el monto de la pérdida o que sean incurridos en razón de cualquier procedimiento legal que surja como consecuencia de cualquier incidente.**
- (xv) Efectivo que quedó desatendido en un lugar público o robo en automotores desatendidos.**
- (xvi) Cuando la tarjeta es robada o hurtada a una tercera persona que porta la tarjeta del cliente.**
- (xvii) Uso de cualquier tarjeta corporativa o de otro tipo cuyo uso no está restringido a un tenedor de tarjeta.**
- (xviii) Bajo los términos del amparo de robo y/o secuestro, no se reembolsara al Asegurado por la pérdida de cualquier otro instrumento negociable, incluyendo cheques de viajero, como tampoco cualquier otro dinero en la posesión del Asegurado en el momento de ocurrir la robo y/o secuestro.**
- (xix) Servicios o tratamientos prestados por cualquier persona contratada por el tomador.**
- (xx) Procedimientos médicos experimentales, aquellos aprobados por las Guías Prácticas Clínicas reconocidas.**
- (xxi) Cirugía cosmética o procedimientos cosméticos, a excepción de cirugía reconstructiva para la corrección de un desorden físico.**
- (xxii) La habitación y los alimentos en el hospital en exceso de la tarifa que corresponde a la de un cuarto privado, a menos que el Asegurado este hospitalizado en una unidad de terapia intensiva.**
- (xxiii) Gastos médicos por los cuales el Asegurado tiene el derecho a prestaciones bajo los términos de cualquier ley de compensación laboral.**
- (xxiv) Hurto o pérdida de la tarjeta asegurada.**
- (xxv) Usos indebidos que se produzcan más de 4 horas después de la hora del siniestro, según figure en la denuncia policial, salvo que el Asegurado haya bloqueado la tarjeta en este lapso.**
- (xxvi) Daños o pérdidas o responsabilidades relacionadas con fallas en el reconocimiento electrónico de fechas.**

No procederá ningún reembolso bajo los términos de cualquier amparo otorgado por esta póliza, sin verificación por escrito de la pérdida, incluyendo, sin limitación, un acta levantada ante la policía dentro del transcurso de las 24 horas después de ocurrir el incidente, así como un registro en donde se documentan la fecha, hora y el monto de la compra.

ARTÍCULO N° 4: INICIO DE LA COBERTURA

La vigencia y la cobertura del seguro se iniciará desde las veinticuatro (24) horas de firmada la solicitud de seguro, siempre que El Asegurado no haya mentido, distorsionado, omitido u ocultado información que le haya sido solicitada o requerida al momento de su afiliación.

ARTÍCULO N° 5: 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 cuarenta y cinco (45) días puedan 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.

ARTÍCULO N° 6: CAUSALES DE RESOLUCION DEL CONTRATO Y LA SOLICITUD-CERTIFICADO

La presente póliza quedará resuelta, respecto al Contratante perdiendo todo derecho emanado de la póliza, cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante o La Compañía, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.
- b. Si durante el plazo de quince (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.
- c. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante o que no se pronuncie sobre el mismo, cuando el Contratante incurre 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 Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.

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

- a. Cuando se reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 9.
- b. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado o La Compañía, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.
- c. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13.
- d. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver la Solicitud-Certificado. 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 Asegurado incurre 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 La Compañía, el Contratante o Asegurado optase por la resolución sin expresión de causa 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 en la forma descrita en el párrafo anterior.

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.

ARTÍCULO N° 7: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

La Compañía o el Contratante podrán solicitar a La Compañía la resolución sin expresión de causa del presente contrato, para lo cual deberá notificar a La Compañía a través de los mecanismo de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación:

- a. Carta de resolución sin expresión de causa debidamente suscrita.
- b. Ficha RUC de la empresa.
- c. Copia Literal de los Poderes que acrediten al Representante del Contratante como tal, así como las facultades expresas para la resolución de vínculos contractuales.
- d. Copia del documento de identidad de la persona que suscribe la Carta de resolución sin expresión de causa.

Asimismo, cualquier Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa de su afiliación al contrato, para lo cual deberá notificar con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación:

- a. Carta dirigida al Contratante 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 realizarse 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 Contratante, o a través del mismo mecanismo de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante o el Asegurado tuviesen 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 la resolución sin expresión de causa. El contrato y/o la Solicitud-Certificado quedará resuelto una vez transcurridos treinta (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.

ARTÍCULO Nº 8: NULIDAD DEL CONTRATO Y/O SOLICITUD-CERTIFICADO

La presente póliza será nula por causal existente al momento de su celebración, es decir sin valor legal alguno en los siguientes casos:

- (i) **Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. El contrato es nulo si media dolo o culpa inexcusable del Contratante. Las primas pagadas quedan adquiridas por La Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.**

La nulidad no procede cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas en una pregunta expresa que no fue respondida en el cuestionario y La Compañía igualmente celebró el contrato.

La Solicitud-certificado será nula por causal existente al momento de su celebración, es decir sin valor legal alguno en los siguientes casos:

(ii) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. El contrato es nulo si media dolo o culpa inexcusable del Asegurado. Las primas pagadas quedan adquiridas por La Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

La nulidad no procede cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas en una pregunta expresa que no fue respondida en el cuestionario y La Compañía igualmente celebró el contrato.

(iii) Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la póliza para asumir el riesgo. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. La Solicitud-Certificado es nula si media dolo o culpa inexcusable del asegurado.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de La Compañía se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, La Compañía está obligada a restituir el exceso de la prima percibida, sin intereses.

(iv) Si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los mismos que serán debidamente sustentados.

(v) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los mismos que serán debidamente sustentados.

Para todas las causales, el Contratante, Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado bajo esta Póliza.

En el supuesto del numeral (i), el Asegurado, por concepto de penalidad, perderá todo derecho sobre las primas pagadas a La Compañía para el primer (1) año de vigencia de la relación contractual, quien tiene derecho al cobro de las mismas a título indemnizatorio. Para las demás causales, La Compañía realizará la devolución de las primas dentro del plazo de treinta (30) días.

Si el Asegurado y/o Beneficiarios designados ya hubieran cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a La Compañía el capital percibido, más intereses legales, gastos y tributos a que hubiera lugar. Los gastos serán debidamente sustentados.

ARTÍCULO N° 9: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

1) En caso de robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta asegurada:

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía o al Contratante dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro, según corresponda. Posteriormente, el procedimiento para solicitar la cobertura es el siguiente:

- (i) Bloquear mediante la llamada a la central del banco la tarjeta sustraída, y obtener el código de bloqueo correspondiente dentro de un plazo no mayor de 4 horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor.
- (ii) Presentar la denuncia policial de inmediato, en la delegación donde se dieron los hechos dentro de un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas salvo caso fortuito o fuerza mayor.
- (iii) El Asegurado o la persona que está actuando en su representación deberá acercarse al Contratante con:
 - a. Copia de la denuncia policial (realizada en un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas de ocurrido el siniestro).
 - b. Fotocopia del Documento de Identidad del Titular de la Tarjeta de Débito.
 - c. Informe escrito emitido por el Banco donde se detalle el movimiento de las cuentas o al extracto bancario respecto a la reclamación indicando el monto de las compras realizadas indebidamente.

Asimismo, La Compañía dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) que la Compañía tiene para la evaluación del siniestro, podrá requerir una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido

2) En caso de Fallecimiento a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro.

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía o al Contratante dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Posteriormente, para la solicitud de cobertura el beneficiario o la persona que está actuando en su representación debe acercarse al Comercializador con los siguientes documentos:

- (i) Carta simple dirigida a La Compañía.**
- (ii) Copia de la denuncia policial (realizada en un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas de ocurrido el siniestro).**
- (iii) Original o copia legalizada del Certificado médico de defunción.**
- (iv) Original o copia legalizada de la Partida de defunción.**
- (v) Original o copia legalizada del atestado policial completo, en caso corresponda.**
- (vi) Original o copia legalizada del protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.**

3) En caso de gastos médicos por hospitalización a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro:

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía o al Contratante dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Posteriormente, para solicitar la cobertura, el Asegurado debe presentar lo siguiente:

- (i) Original o copia legalizada del informe médico que detalle el tratamiento efectuado, y los días de hospitalización requeridos,**
- (ii) Original de recetas, solicitudes de exámenes y resultados de los mismos que permita validar a La Compañía la atención recibida por el Asegurado.**

4) En caso de reembolso de documentos por robo y/o asalto y/o secuestro:

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía o al Contratante dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura el Asegurado o la persona que está actuando en su representación debe dejar una carta simple dirigida a La Compañía adjuntando la copia de la denuncia policial y los documentos que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos.

En todas las coberturas, 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, aprobar o rechazar el siniestro, lo que suspenderá dicho 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 Comercializador.

En la presente póliza, entiéndase que la “copia legalizada” hace referencia a la certificación de reproducción notarial, de conformidad con el Artículo N° 110 del Decreto Legislativo N° 1049.

ARTÍCULO N° 10: DECLARACIONES

La presente póliza tiene como base las declaraciones efectuadas por el Asegurado y/o representante en la Solicitud - Certificado del seguro, las cuales se considerarán incorporadas en su totalidad a la póliza, conjuntamente con cualquier declaración adicional realizada para la apreciación del riesgo.

ARTÍCULO N° 11: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital o suma asegurada, el monto de la prima y demás valores de este contrato Se expresarán en dólares americanos, o en moneda nacional según se especifique en las Condiciones Particulares y Solicitud - Certificado de la póliza.

ARTÍCULO N° 12: REHABILITACIÓN LEGAL

En caso que el contrato de seguro se encuentre suspendido por incumplimiento del pago de primas, la cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente en el que el Asegurado o Contratante realice el pago total de las primas o cuotas vencidas. La relación contractual con cada Asegurado, podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante o Asegurado, mientras que La Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver la relación contractual o ésta no se haya extinguido.

ARTÍCULO N° 13: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

Las primas serán pagadas mensualmente en dólares americanos o su equivalente en moneda nacional, conforme lo señalado en la Solicitud – Certificado de Seguro. Este pago será cargado todos los meses directamente a la cuenta de la entidad financiera correspondiente que el Asegurado designe.

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 al 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 o de la Solicitud-Certificado, según corresponda, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. Se considerará resuelto el contrato de seguro o la Solicitud-Certificado, según corresponda, 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.

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 noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que la Solicitud-Certificado queda extinguida sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía.

Sea que la Solicitud-Certificado quede resuelta o extinguida por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas devengadas por el período efectivamente cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente sustentados por La Compañía.

Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Cliente o Contratante a alguna empresa financiera, en caso que este seguro se comercialice a través de ella tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía

ARTÍCULO N° 14: DEDUCIBLE

Para el caso de gastos por hospitalización, el Asegurado asumirá el pago correspondiente a tres días de hospitalización.

ARTÍCULO Nº 15: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan por ley en el futuro sobre las primas, intereses o cualquier otra base y que afectaran el presente contrato serán de cargo del Contratante, del Asegurado o del Beneficiario, según sea el caso, salvo que por ley expresa fuesen de cargo de La Compañía.

ARTÍCULO Nº 16: RECLAMACION FRAUDULENTA:

En caso, el Contratante, Asegurado, Beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios de la presente Póliza, será de aplicación el Artículo Nº 7, quedando el presente contrato o la afiliación del Asegurado a la presente póliza resuelta, de ser el caso. Para ello La Compañía, al momento de detectar la ocurrencia de los supuestos antes mencionados, mediante carta formal comunicará al Contratante y Asegurado o Beneficiarios su decisión de resolver la relación contractual en virtud de lo aquí establecido.

ARTÍCULO Nº 17: SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS

Pagada la indemnización, La Compañía se subrogará en todos los derechos del Contratante contra los responsables del siniestro, hasta el límite del importe de la indemnización pagada.

En virtud del derecho de subrogación, la Compañía, con el objeto de materializar dicha recuperación, queda autorizada para interponer directamente las acciones legales contra los terceros causantes del daño.

De igual forma podrán hacerlo con el Contratante si éste, violando el derecho de subrogación que le asiste a La Compañía, haya cobrado para sí directamente dichos pagos.

Para el ejercicio de este derecho, el Contratante se compromete a lo siguiente:

- (i) Firmar el recibo de indemnización respectivo y subrogar a la Compañía en todos y cada uno de los derechos que por tal razón pudieran corresponderle.
- (ii) No tomar ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados.
- (iii) Cooperar y asistir a la Compañía en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de la indemnización efectuada.

En caso de concurrencia de La Compañía y el Contratante frente al responsable del siniestro, la reparación que se obtenga se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses. Los gastos y costos de la reclamación conjunta serán soportados igualmente en proporción al interés reclamado.

El Contratante es responsable de los perjuicios que, por acción u omisión antes o después del siniestro, haya causado el derecho de subrogación de la Compañía y, además, está obligado a facilitar a la Compañía el ejercicio de tal derecho.

Asimismo, en caso de que el Contratante gozara de otro u otros seguros que cubran los mismos riesgos, los importes a cubrir por La Compañía serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder el 100% del gasto reconocido.

ARTICULO N° 18: DETERMINACION DE LA COBERTURA

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

- 1. Para el consentimiento expreso, una vez que el Asegurado o Beneficiarios hayan presentado todos los documentos requeridos en la presente póliza, siempre y cuando de dichos documentos se desprenda que el siniestro se encuentra bajo la cobertura del presente seguro, la póliza se encuentre vigente y no se encuentre dentro de las exclusiones del mismo. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento aprobatorio para el pago del siniestro respecto a la documentación presentada.**
- 2. Para el consentimiento tácito, si transcurridos más de treinta (30) días calendario de presentados todos los documentos exigidos para la liquidación del siniestro en la presente póliza La Compañía no se manifestara sobre la procedencia o no de la solicitud de cobertura.**

Sin perjuicio de ello, cuando La Compañía requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, deberá solicitarle al Asegurado, dentro del plazo inicial de 30 días, la ampliación de dicho plazo. Si el Asegurado no lo aprueba, La Compañía podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta (30) días. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad. A falta de pronunciamiento dentro de dicho plazo, se entiende aprobada la solicitud.

Luego de aprobado el pago del siniestro o consentido el mismo, la obligación de pagar el capital será cumplida por La Compañía de acuerdo a lo pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza. El capital será pagado en un plazo no mayor a treinta (30) días de aprobado el pago del siniestro o consentido el mismo, en las Oficinas de Atención al cliente. La forma de pago será detallada de acuerdo a la cobertura y a lo establecido en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO N° 19: RENOVACIÓN DEL SEGURO

La Compañía renovará automáticamente esta Póliza, finalizada su vigencia por un periodo igual al inicialmente contratado, salvo que el Contratante manifieste por escrito su decisión de no renovar la misma con treinta (30) días de anticipación a su vencimiento. Si correspondiera modificar el monto de la prima de renovación, este nuevo monto deberá ser informado por escrito por La Compañía al Contratante con cuarenta y cinco (45) días de anticipación del vencimiento. El Contratante tendrá un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo. En caso de silencio del Contratante, se entenderá que aprueba la modificación.

La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al contratante y este deberá poner en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado. En caso se entiendan aceptadas las modificaciones, la póliza se emitirá consignando las modificaciones en caracteres destacados.

ARTÍCULO N° 20: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre La Compañía y el Contratante, el Asegurado o sus Beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta o correo electrónico, dirigida al domicilio de La Compañía o al último domicilio contractual del Contratante o Asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza y en la Solicitud - Certificado de Seguro.

Todo cambio de domicilio deberá ser comunicado previamente y por escrito a la otra parte para que surta efectos.

Las comunicaciones cursadas por el Asegurado a la empresa financiera que comercialice este seguro, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía.

El Contratante será el encargado de comunicar al Asegurado sobre la resolución de la póliza o la Solicitud-Certificado, cuando ésta opere a solicitud del Contratante o de La Compañía. En el caso de la suspensión y posterior resolución por falta de pago de prima, La Compañía comunicará la resolución al Asegurado. Para las causales de resolución de la Solicitud-Certificado señaladas en los literales a), d) y e) del Artículo N° 6, La Compañía comunicará la resolución al Asegurado y posteriormente se pondrá en conocimiento al Contratante.

ARTÍCULO N° 21: COPIA DE LA POLIZA

El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la Póliza a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios desde la fecha de recepción de la solicitud.

ARTÍCULO N° 22: PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS

Los requerimientos y/o reclamos serán recibidos, en cualquier momento, vía fax, correo, llamadas telefónicas o correo electrónico en cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente. La respuesta de los mismos será comunicada al cliente por medio escrito, en un periodo no mayor de treinta (30) días desde la recepción de la solicitud.

El área de Atención al Cliente es la encargada de atender los reclamos.

Centros de Atención al Cliente

Lima

San Isidro

Av. Paseo de la república 3071

Central de Atención al Cliente (Lima): 611-9230

Fax: 611-9255

Correo electrónico: servicios@interseguro.com.pe

Página web: www.interseguro.com.pe

Arequipa

Av. Víctor Andrés Belaunde Mz. B Lote 3, Umacollo

Central de Atención al Cliente (Arequipa): (054) 603101

ARTÍCULO N° 23: 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, según corresponda

En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario 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.defaseq.com.pe, Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima – Perú; Telefax: 446-9158).

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.