

CONDICIONES GENERALES

**DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN
CÓDIGO SBS VI2027400232**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

CONDICIONES GENERALES DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES

Asegurado Titular: Persona natural que es cliente de la Entidad Financiera, que al habersele otorgado un crédito se encuentra expuesta a los riesgos cubiertos por esta Póliza y que ha solicitado la afiliación a la misma, figurando como tal en las Condiciones Particulares o en el Certificado de la Póliza.

Asegurado Mancomunado: Persona natural que se presenta conjuntamente con el Asegurado Titular como cliente de la Entidad Financiera, quien se encuentra expuesta a los mismos riesgos cubiertos por la presente Póliza, bajo el mismo Condicionado Particular o en el Certificado. Por lo cual, de ocurrir un siniestro a cualquiera de los dos, indistintamente o a ambos, La Compañía efectuará el pago del capital asegurado indicado en las Condiciones Particulares o en el Certificado de la Póliza.

Para efectos de la presente Póliza, cuando se haga referencia al Asegurado, se debe entender que se hace referencia tanto al Asegurado Titular como al Mancomunado, de ser el caso.

Asegurador o La Compañía: Interseguro Compañía de Seguros S.A.

Accidente: Para los efectos de esta Póliza, se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, 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 que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, accidentes cerebrovasculares, enfermedades cerebrovasculares, desórdenes cerebrovasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

Anomalías Congénitas: Enfermedades estructurales o funcionales presentes en el momento del nacimiento.

Beneficiario(s): Será la Entidad Financiera hasta el monto de la deuda del crédito al momento del siniestro.

Capital Asegurado o Suma Asegurada: De acuerdo al saldo deudor (saldo insoluto) del crédito otorgado al Contratante por la Entidad Financiera o el monto indicado en el Condicionado Particular o en el Certificado de la póliza, a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Comercializador: Persona Jurídica (Entidad Financiera) con la que La Compañía celebra un contrato de comercialización con el objeto de que éste se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros.

Condiciones Generales: Conjunto de estipulaciones que recogen aspectos relativos a la extensión de la cobertura del seguro, riesgos excluidos, procedimiento para la solicitud de cobertura y de liquidación del siniestro.

Condiciones Particulares: Estipulaciones relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el convenio de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros.

Contratante: Es quien contrata el seguro. En caso de seguros colectivos, es la Entidad Financiera y en caso de seguros individuales, es el Asegurado Titular.

Contrato de Seguro: Acuerdo por el cual el Contratante se obliga al pago de una prima, a cambio de que La Compañía lo indemnice, dentro de los límites y condiciones estipuladas en la póliza, en caso se produzca el siniestro.

Convenio de Pago: Es el cronograma de pagos establecido entre el Contratante y la Entidad Financiera para el pago del préstamo, el cual incluye el pago de la prima del seguro de Desgravamen.

Endoso: Es el acuerdo mediante el cual se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante y que se adhiere a la Póliza.

Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico colegiado. Todas las enfermedades que existen simultáneamente, debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma.

Enfermedad preexistente: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un médico colegiado conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la solicitud del seguro.

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

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

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.

Pérdida Total: La separación completa en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece.

Pérdida Funcional Absoluta: La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

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

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

Prima comercial: Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores, y el beneficio comercial de la empresa. El costo de la prima puede expresarse como monto fijo o un valor porcentual.

Saldo deudor: Es el saldo del capital de la deuda contraída con la Entidad Financiera por el Asegurado a una fecha determinada.

Solicitud de Seguro: Documento en el que consta la voluntad del Contratante de contratar el seguro, cuyo formato es elaborado por La Compañía.

Suma Asegurada Máxima: Es el saldo insoluto de la deuda que se señala en las Condiciones Particulares o en el Certificado de la póliza.

TCEA (Tasa de Costo Efectivo Anual): Es la tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el Asegurado con el monto por concepto de prima comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada a un año de 360 días. Es decir, es la tasa de cuánto le cuesta al Asegurado fraccionar el costo anual de la prima comercial.

ARTÍCULO N° 2: RIESGO CUBIERTO Y SUMA ASEGURADA

Los riesgos cubiertos por la presente póliza son el Fallecimiento, la Invalidez Total y Permanente del Asegurado por Accidente o Enfermedad y la

Sobrevivencia del Asegurado, por lo que, de ocurrirle un siniestro, La Compañía pagará por única vez al Beneficiario, según se especifique en las Condiciones Particulares o en el Certificado de la Póliza, el Capital Asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Fallecimiento

Se considerará Fallecimiento cubierto bajo esta Póliza, a toda muerte natural o accidental que no esté expresamente excluida.

Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

Se considerará que la invalidez es total y permanente por accidente o enfermedad y se pagará el Capital Asegurado para la cobertura de invalidez cuando el Asegurado se encontrara total y permanentemente incapacitado o impedido de desempeñar cualquier ocupación o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, o presentara la pérdida total o el debilitamiento irreversible de sus fuerzas físicas y/o intelectuales de a lo menos dos terceras (2/3) partes o en un porcentaje igual o superior al 66,67%, de su capacidad de trabajo, siempre que sea determinado conforme al procedimiento descrito en el Artículo N°4 de las presentes Condiciones Generales.

Además, se reconocerá como invalidez total y permanente a los siguientes casos:

La pérdida total de:

- la vista de ambos ojos, o
- ambas manos, o
- ambos pies, o
- de una mano y de un pie, o
- una mano y la pérdida de la vista de un ojo, o
- un pie y la pérdida de la vista de un ojo

Se encuentra bajo esta cobertura la invalidez que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente

Sobrevivencia

Al término del período de pago de prima o de la vigencia del seguro, y si el Asegurado hubiere sobrevivido, el Contratante o el Asegurado, ya sea que se trate de un seguro colectivo o individual, tendrá derecho a solicitar a La Compañía la devolución de un porcentaje del valor total de las primas pagadas. Sin perjuicio de la modalidad de pago elegida, se realizará la devolución dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la presentación de la solicitud de devolución.

De dicho valor se deducirán las deudas relacionadas a este seguro que se tuvieran con La Compañía.

El porcentaje aplicado y la modalidad de pago por concepto de devolución de primas se encuentran especificados en las Condiciones Particulares o en el Certificado.

La devolución es excluyente del pago del beneficio de las coberturas contratadas.

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

ARTÍCULO N° 3: EXCLUSIONES

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

- 1. Suicidio, intento de suicidio, automutilación, o heridas causadas a sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que ya hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.**
- 2. Pena de muerte o muerte producida por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.**
- 3. 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.**
- 4. Participación activa 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, streetluge. 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.**
- 5. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.**
- 6. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; o intervenir en viajes submarinos.**
- 7. Enfermedades preexistentes o Accidentes producidos con anterioridad al inicio de la póliza y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro. Así como, anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ella, y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.**

8. Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que éste haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lt de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.

9. Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía, en caso corresponda. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.

10. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la Escala Modificada de Mercalli, determinado por el Instituto Geofísico del Perú o por el servicio que en el futuro lo reemplace.

11. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.

12. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado inmunodeficiencia.

ARTÍCULO N° 4: PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Para determinar fehacientemente que el grado de la invalidez es total y su naturaleza es permanente, el Asegurado deberá contar con información médica que sustente la condición de su invalidez, emitida conforme a las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98/EEF/SAFP y sus normas modificatorias o complementarias, o las normas para la determinación de la invalidez aplicables al Certificado de Invalidez del Instituto Nacional de Rehabilitación o al Certificado de Incapacidad emitido por Comisión Médica del ESSALUD o MINSA.

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

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 que tiene para consentir el siniestro; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

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 pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante deberá ser 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. En caso de tratarse de un seguro colectivo, La Compañía además deberá proporcionar la documentación suficiente respecto de las modificaciones efectuadas al Contratante con la finalidad de poner dicha información en conocimiento de los asegurados.

ARTÍCULO N° 6: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

La veracidad de las declaraciones hechas en la propuesta o solicitud de seguro, en sus documentos accesorios complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

ARTÍCULO N° 7: MONEDA DEL CONTRATO

El capital asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato se expresarán en moneda extranjera o en moneda nacional, según se especifique en las Condiciones Particulares o en el Certificado.

ARTÍCULO N° 8: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIA DE INCUMPLIMIENTO

El pago de la prima estará a cargo del Contratante y se realizará a través de la Entidad Financiera, hasta el término del periodo convenido por la Entidad Financiera.

El cálculo de la prima, y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares o el Certificado de la Póliza y podrán ser modificadas de acuerdo con el Artículo N°5 de estas Condiciones.

La Compañía podrá realizar la cobranza de una o más cuotas impagas.

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 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. En caso de seguro grupal, La Compañía informará a su vez al Asegurado. 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. 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 el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía.

Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagas correspondientes al período cubierto.

Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Contratante al Comercializador tienen el mismo efecto que si se hubieran realizado a La Compañía.

Sin perjuicio de lo expuesto, La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Contratante que produzcan atrasos en el pago de la Prima.

ARTÍCULO Nº 9: VIGENCIA DEL SEGURO

Las coberturas señaladas en la presente Póliza inician su vigencia desde las cero (00:00) horas del día del desembolso hasta las veinticuatro horas (24:00) de la fecha en que culmina el pago del crédito solicitado o hasta el mes que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares o en el Certificado de la Póliza.

ARTÍCULO Nº 10: 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 Contratante realice el pago total de las primas o cuotas vencidas a través de la Entidad Financiera. La relación contractual con el Contratante, podrá ser rehabilitada, a opción del Asegurado, mientras que ésta no haya expresado por escrito su decisión de resolver la relación contractual o ésta no se haya extinguido.

ARTÍCULO Nº 11: NULIDAD DEL CONTRATO

La relación contractual establecida con el Contratante en virtud de su afiliación a esta Póliza será nula por causal existente al momento de su celebración; es decir, no tiene valor legal alguno, en los siguientes casos:

- (i) **Por reticencia y/o declaración inexacta, relativa al estado de salud del Asegurado, mediando dolo o culpa inexcusable, que pudiera influir en la apreciación del riesgo o de cualquier circunstancia que, conocida por La Compañía, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones. La Compañía cuenta con el plazo de treinta (30) días calendario, contados desde que se tomó conocimiento de la misma, para invocar la nulidad por esta causal. 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.**
- (ii) **Por reticencia y/o declaración inexacta, relativa a la ocupación, actividades y deportes riesgosos practicados por el Asegurado, mediando dolo o culpa inexcusable, y conocida por éste al momento de la celebración del contrato. La Compañía cuenta con el plazo de treinta (30) días calendario, contados desde que se tomó conocimiento de la misma, para invocar la nulidad por esta causal. 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 en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados desde que La Compañía notificó la declaración de nulidad.**
- (iv) **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 en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados desde que La Compañía notificó la declaración de nulidad.**
- (v) **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 en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados desde que La Compañía notificó la declaración de nulidad.**

Cabe precisar que la relación contractual respecto al Contratante, será indisputable para La Compañía si transcurren los dos (02) años desde su celebración, excepto cuando la reticencia o falsa declaración sea dolosa y causa directa del siniestro.

Para todos los supuestos, el Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado bajo esta Póliza. Asimismo, en los supuestos contemplados en los numerales (i) y (ii), el Asegurado por concepto de penalidad, perderá todo derecho

sobre las primas entregadas a La Compañía durante el primer (01) año de vigencia de la relación contractual.

Si el Contratante 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 y tributos a que hubiera lugar.

ARTÍCULO N° 12: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

- a. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 8.
- c. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante, cuando 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 30 días posteriores a los 10 días con que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En caso de seguros colectivos, el Certificado quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 8.
- c. Cuando se reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 16.
- d. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado, cuando 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 30 días posteriores a los 10 días con que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.
- e. Si durante el plazo de 15 días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. Se considerará que el contrato ha sido resuelto en la fecha de notificación de la comunicación de resolución. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

En caso el Contratante optase por la resolución del Contrato, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado.

En los demás casos mencionados, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada.

La Compañía procederá con la devolución de la prima no devengada en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, este plazo se comienza a computar a partir de la recepción de la solicitud de resolución.

La devolución de la prima se realizará en forma directa al Contratante. En caso de seguro colectivo, el Contratante a su vez trasladará el monto por concepto de devolución de prima al Asegurado. El contrato terminará a las 23:59 horas del día en que se recibe la solicitud de la resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a partir de las 00:00 horas del día siguiente todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

ARTÍCULO N° 13: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

El Contratante o Asegurado podrá solicitar a La Compañía la resolución sin expresión de causa del presente contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión, adjuntando la siguiente documentación:

- a. Carta dirigida a La Compañía en la que se manifieste expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.**
- b. En caso se trate de una persona jurídica, copia literal de los Poderes que acrediten al Representante del Contratante como tal, así como las facultades necesarias para la resolución de contratos.**
- c. Original y copia del Documento Nacional de Identidad.**

El Asegurado notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

- a. Carta dirigida 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, los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.pe), en las oficinas del comercializador o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante o 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, considerando que la cobranza se realiza en forma adelantada. Asimismo, en el plazo máximo de treinta (30) días calendario se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado, este plazo se comienza a computar a partir de la recepción de la solicitud de

resolución. La devolución de la prima se realizará en forma directa al Contratante.

ARTÍCULO Nº 14: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

El siniestro deberá ser comunicado a La Compañía dentro de los siete (07) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

Posteriormente, para solicitar la cobertura del siniestro, el Asegurado o sus herederos legales, según corresponda, deberán presentar en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del comercializador, los siguientes documentos probatorios:

Para Fallecimiento por enfermedad o accidente:

- a. Original o copia certificada de la partida o Acta de Defunción del Asegurado, a ser solicitado ante el RENIEC.
- b. Original o copia certificada del certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo emitido por el médico, Hospital o Clínica que certificó el deceso.

En caso de accidente, presentar adicionalmente el original o copia certificada de los siguientes documentos:

- a. Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda, expedido por la Policía Nacional del Perú - PNP.
- b. Protocolo de Necropsia, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público.
- c. Resultado de dosaje etílico, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público y,
- d. Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público.

Para Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:

- a. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Original o copia certificada del resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcoholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, cuando corresponda.
- c. Original o copia certificada del dictamen de invalidez del COMAFP, dictamen de invalidez del COMEC, Certificado de Invalidez Total y Permanente emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación o Certificado de Discapacidad emitido por una Comisión Médica de ESSALUD o MINSA.
- d. Original o copia certificada del atestado policial, cuando corresponda, expedido por la Policía Nacional del Perú - PNP.

De requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, 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.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, La Compañía podrá requerir al Asegurado en un plazo de veinte (20) días desde los treinta (30) días de presentada la documentación completa, un examen realizado por los médicos que se designen para el efecto, pudiendo adoptar todas las medidas conducentes a la mejor y más completa investigación para determinar la certeza, naturaleza y gravedad de las lesiones originadas en el accidente y verificar el grado de invalidez respectivo. En caso de negativa del Asegurado a someterse a dicha evaluación, La Compañía procederá a la suspensión del plazo para consentir el siniestro de conformidad con el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros.

Finalizada la vigencia de la póliza y en caso de Sobrevivencia, el Contratante o el Asegurado deberá presentar en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del comercializador una copia simple de su Documento Nacional de Identidad.

Sin perjuicio de la modalidad de pago elegida, se realizará la devolución dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de presentación de su solicitud.

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.

ARTÍCULO N° 15: DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

- 1. Para el supuesto de que La Compañía haya consentido expresamente el siniestro, una vez que el Asegurado o sus herederos legales 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 y no se encuentra en las exclusiones del mismo; y que el seguro se encuentre vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento respecto a la documentación presentada.**
- 2. Para el pronunciamiento 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 manifestará 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 o Beneficiario la ampliación del plazo. En caso de rechazo de esta solicitud, la Compañía podrá presentar la solicitud de prórroga 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 vencido el plazo para consentir el mismo, la obligación de pagar el capital será cumplida por La Compañía de acuerdo a lo pactado en las Condiciones Particulares o en el Certificado de la póliza en un plazo no mayor a treinta (30) días de aprobado el pago del siniestro o consentido el mismo.

ARTÍCULO N° 16: RECLAMACION FRAUDULENTA

En caso los 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 N° 12, quedando el presente contrato resuelto en la fecha de notificación de la comunicación de resolución. Independientemente de la solicitud de cobertura fraudulenta, la Compañía se pronunciará respecto a la cobertura del siniestro en un plazo máximo de 30 días. Para ello La Compañía, al momento de detectar la ocurrencia de los supuestos antes mencionados, mediante carta formal comunicará al Contratante o Beneficiarios su decisión de resolver la póliza en virtud de lo aquí establecido.

ARTÍCULO N° 17: LÍMITE MÁXIMO

Los límites por Contratante o asegurado se establecen de la siguiente manera: La responsabilidad de La Compañía no excederá el acumulado de las Sumas Aseguradas Máximas de todas las pólizas de Desgravamen que mantiene con cada Contratante, considerando que cada Póliza tiene una Suma Asegurada Máxima.

Las Sumas Aseguradas Máximas se establecen en las Condiciones Particulares y el Certificado del Seguro.

El Acumulado de las Sumas Aseguradas Máximas se establece en las Condiciones Particulares o en el Certificado de la Póliza.

El capital asegurado no considera intereses de la deuda.

ARTÍCULO N° 18: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos, contribuciones, tasas y en general tributos de cualquier índole y jurisdicción que se originen a futuro; así como eventuales aumentos de los tributos ya existentes establecidos en las primas, intereses, capitales asegurados o sobre cualquier otra base que afecten al presente contrato, serán obligación del Contratante, Beneficiario o heredero del Contratante, según sea el caso, a menos que por ley se indique como responsable de estas obligaciones a La Compañía.

ARTÍCULO Nº 19: DEVOLUCIÓN ANTICIPADA

Una vez transcurridos dos (2) años de vigencia de la póliza o el certificado, el Contratante o Asegurado puede optar por adelantar la devolución. En dicho supuesto, se dará por terminada la cobertura de Sobrevivencia, manteniéndose la póliza con las coberturas de fallecimiento y de invalidez total y permanente.

Por otro lado, La Compañía aplicará la devolución anticipada en caso de resolución del contrato por incumplimiento de pago de prima, de resolución contractual de la póliza o certificado o la terminación anticipada del crédito, una vez transcurrido el plazo anteriormente indicado.

En ambos casos, de dicho valor se deducirán las deudas relacionadas a este seguro que se tuvieran con La Compañía. El porcentaje de la Devolución Anticipada correspondiente a cada año de vigencia cumplido y pagado se indica en las Condiciones Particulares o en el Certificado y será entregado al Contratante o Asegurado en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados desde la presentación de la solicitud.

Cabe precisar que, ante la terminación anticipada del crédito, se deberá informar al Asegurado sobre el procedimiento para la devolución de la prima no devengada, además de comunicarle su derecho a realizar la devolución correspondiente.

ARTÍCULO Nº 20: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS Y COASEGUROS

Aplican de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares o en el Certificado.

ARTÍCULO Nº 21: COPIA DE LA PÓLIZA

En caso la Póliza estuviera extraviada o destruida, La Compañía podrá emitir un duplicado electrónico del documento original mediante una solicitud por parte del Contratante.

ARTÍCULO Nº 22: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre la Compañía de Seguros y el Contratante o Asegurado, deberá efectuarse por escrito mediante carta o medios digitales, dirigida al domicilio real o electrónico de las partes. Esta información se encuentra en las Condiciones Particulares de la Póliza o en el Certificado del Seguro.

En caso de variación de domicilio, las partes se obligan a informar por escrito el nuevo domicilio a su contraparte, con anticipación no menor de diez (10) días calendarios.

ARTÍCULO N° 23: PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR REQUERIMIENTOS Y/O RECLAMOS

Los requerimientos y reclamos serán recibidos vía llamada telefónica, correo electrónico, página web o en cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente. La respuesta de los mismos será comunicada al Asegurado o Contratante en un periodo no mayor de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud, mediante el medio acordado.

Centro de Atención al Cliente:

Llámanos al: (01) 500-0000

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Chatea con nosotros: www.interseguro.com.pe

Horario de Atención:

Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.

Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Atención Presencial:

Dirección Luis Fernán Bedoya Reyes 3071, San Isidro – Lima.

Lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

ARTÍCULO N° 24: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Las instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias son:

- 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; Telefax: 421-0614).
- El Instituto Nacional 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).
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840.
- El pacto de la vía arbitral por acuerdo entre las partes es válido luego de producido el siniestro y siempre que supere los límites fijados por la SBS.

- **A través de un Arbitraje de Consumo, en caso de aceptación por parte de La Compañía y de conformidad con lo regulado por INDECOPI.**
- **Vía Judicial para toda controversia, disputa, litigio, o discrepancia entre el Asegurado, Contratante, Beneficiarios y la Compañía de Seguros.**