

CONDICIONES GENERALES
Seguro Protección de Créditos Full
CÓDIGO SBS XXXXXXXXX

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

ARTÍCULO Nº 1: COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

1. Desempleo involuntario

Situación que se produce por la terminación del contrato laboral debido a circunstancias no imputables al actuar del Asegurado y que supone la privación total de ingresos por conceptos de carácter laboral.

A su vez, también se considera como desempleo involuntario la terminación de la relación laboral por mutuo acuerdo o mutuo disenso, siempre y cuando se verifique la existencia de una indemnización por los años de servicio de acuerdo a los montos previstos por la ley. Esto último debe reflejarse en el documento de liquidación de beneficios sociales.

La Compañía de Seguros pagará al beneficiario XXXX cuando se presenten alguna de las siguientes situaciones durante su vigencia:

Si tu contrato termina por:	
Sin justa causa Artículos 23°, 24° y 29° del Decreto Supremo 003-97-TR	<ul style="list-style-type: none">• Ser despedido sin justa causa o por alguna causal de despido nulo.• En caso de Contrato a Plazo Fijo si este terminó antes del plazo establecido originalmente.
Mutuo Disenso	<ul style="list-style-type: none">• Que el Asegurado y su empleador decidan dar por terminado el contrato.• Que las bonificaciones adicionales percibidas al momento del cese, sean equiparables con aquellas que le hubieran correspondido en caso de despido arbitrario.

Si el Asegurado ha terminado su contrato laboral sin justa razón o por mutuo disenso, y la Compañía de Seguros hubiera pagado por esta cobertura, el Asegurado podría volver a solicitar una nueva cobertura únicamente cuando hayan transcurrido más de X meses en su nuevo empleo.

2. Incapacidad temporal

Situación temporal a consecuencia de una enfermedad o accidente causante de la incapacidad del Asegurado para el desarrollo de su profesión o actividad laboral.

Dicha incapacidad temporal debe ser diagnosticada por un profesional médico colegiado, siendo sustentada con los documentos requeridos en la presente póliza. Además, es necesario que la incapacidad tenga una duración mínima de XX días continuos y que el Asegurado no haya causado directa o indirectamente la incapacidad.

El derecho a la indemnización cesará en el momento en que el Asegurado pueda reanudar o reanude, aún de manera parcial e incluso a pesar de no haber alcanzado su total curación, alguna actividad lucrativa en su mismo puesto o en otro al que haya sido transferido al ser más compatible con sus actuales capacidades y aptitudes, y también si su estado pasa a ser de Incapacidad Total Permanente en los términos descritos por la normativa del Sistema Privado de Pensiones (SPP).

Si durante la vigencia de la póliza el Asegurado cambia su condición de trabajador dependiente a independiente o viceversa, la póliza le brindará las coberturas de su nueva condición.

ARTÍCULO Nº 2: EXCLUSIONES

¿Qué no cubre este seguro?

DESEMPLEO

- a. **Terminación del contrato de trabajo durante el periodo de prueba o convenio de modalidad formativa. No renovación del contrato de trabajo a plazo fijo.**
- b. **Suspensión del contrato de trabajo por cualquier causa. Por ejemplo: goce de vacaciones, licencias con o sin goce de haberes, entre otras que determine la ley.**
- c. **Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.**
- d. **Causales de extinción del contrato de trabajo:
Fallecimiento, renuncia o retiro voluntario del trabajador, término de la obra o servicio, jubilación e invalidez total permanente declarada de acuerdo a las normas del Sistema Privado de Pensiones (SPP).**
- e. **Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público (incluye FF.AA. y Policiales).**
- f. **Cuando la pérdida del empleo o la notificación de la desvinculación laboral haya ocurrido con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.**
- g. **Trabajadores contratados bajo el régimen de Contratación Administrativa de Servicios (CAS).**
- h. **Contratos de trabajo a tiempo parcial.**

INCAPACIDAD TEMPORAL

- a) **El embarazo, su interrupción o parto, así como los periodos de descanso obligatorio y voluntario que procedan por maternidad o paternidad y los derivados de sus complicaciones.**
- b) **Tratamientos y/o cirugías estéticas.**
- c) **Lesiones, intento de suicidio, padecimientos o cualquier incapacidad intencionalmente auto causada.**
- d) **Las producidas cuando el Asegurado se encuentre con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de**

- sangre al momento del accidente, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el mismo.
- e) Las producidas durante un desafío, lucha o riña, o en actos delictivos excepto caso probado de legítima defensa.
 - f) Dolores de espalda, cefaleas y lumbalgias salvo que existan evidencias demostradas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammagrafías, scanners, T.A.C., etc.) y que sean causantes de la Incapacidad Temporal.
 - g) Enfermedades psiquiátricas, mentales o nerviosas, incluyendo el estrés y afecciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista.
 - h) Enfermedades y/o lesiones accidentales preexistentes, y/o enfermedades manifestadas durante el Período de Carencia.
 - i) Manipulación de explosivos o armas de fuego.

ARTÍCULO Nº3: CONDICIÓN DEL ASEGURADO

El Asegurado adquirirá la condición de tal a efectos de esta Póliza, siempre y cuando en el momento de la contratación del Seguro:

- a. Sea mayor de 18 años y no haber alcanzado la edad de XX años.
- b. Haya acreditado su situación laboral activa.
- c. La prestación de los servicios se realice en el territorio nacional.
- d. **Para la cobertura de Desempleo:** Se encuentre realizando trabajo remunerado como trabajador dependiente con contrato a plazo indeterminado con una antigüedad mínima de x meses o como trabajador dependiente con contrato a plazo fijo con una antigüedad laboral mínima de xx meses;
Para la cobertura de Incapacidad Temporal: Se encuentre laborando como trabajador independiente percibiendo un ingreso considerado como renta de 4ta. Categoría del Régimen Tributario o con negocio propio por el que perciba un ingreso considerado como renta de 3ra. Categoría del Régimen Tributario.

ARTÍCULO Nº4: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Contratante tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la póliza de seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma, en cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud. El plazo de los 15 días se computa desde la recepción de la póliza por parte del contratante.

Para el caso de los seguros colectivos, el Asegurado tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de

los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la solicitud certificado, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud.

Este derecho se ejerce solicitando la Resolución de la Póliza y se podrá emplear los mismos mecanismos, lugar y medios por los cuales se contrató, de acuerdo a lo señalado en las normas sobre protección al consumidor.

ARTÍCULO Nº 5: VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL SEGURO

La vigencia de esta Póliza inicia desde la hora y fecha de su contratación y por el plazo que se establezca en las Condiciones Particulares o en la Solicitud-Certificado. **La vigencia de la Póliza de Seguro podrá ser bajo la condición “Con Renovación Automática” o “Sin Renovación Automática”, lo cual estará descrito en las Condiciones Particulares de la Póliza o en la Solicitud-Certificado, según corresponda.**

En caso la Póliza sea “Con Renovación Automática”, la Compañía de Seguros podrá proponer modificaciones para la próxima vigencia, las cuales serán comunicadas por correo electrónico al Asegurado con una anticipación mínima de 45 días calendarios a la fecha de culminación de la vigencia en curso. Dentro de los 30 días previos al vencimiento del contrato, el Asegurado deberá indicar a la Compañía de Seguros si rechaza las modificaciones propuestas. En caso la Compañía de Seguros no cuente con el pronunciamiento del asegurado, se entenderá que este último ha aceptado las modificaciones para la próxima vigencia, emitiéndose la póliza señalando las mismas en caracteres destacados.

En caso se propongan modificaciones a pólizas "Sin Renovación Automática", dentro de los 30 días siguientes contados desde la notificación de la comunicación por parte de la Compañía de Seguros, el Asegurado deberá indicar expresamente si rechaza o acepta las modificaciones. En caso la Compañía de Seguros no cuente con el pronunciamiento del Asegurado, se entenderá que este último no ha aceptado las modificaciones propuestas.

ARTÍCULO Nº 6: PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DE SU INCUMPLIMIENTO

- 1. Obligación del pago:** el Contratante es el obligado al pago de la prima, la cual es exigible desde la celebración del contrato. En caso de seguros colectivos, el Contratante trasladará la responsabilidad de pago al Asegurado. El pago puede ser fraccionado.
- 2. Pago de la Prima:** el pago de la prima se considerará realizado a partir del día y hora en que la Compañía de Seguros o el Comercializador reciba el importe de la prima acordada.
- 3. Suspensión de cobertura por incumplimiento de pago:** el incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro luego de treinta (30) días desde la fecha de

vencimiento de la obligación. Antes de esos treinta (30) días, la Compañía de Seguros deberá comunicar de manera cierta al Contratante y al Asegurado la situación de incumplimiento de pago de la prima y la suspensión de la cobertura como consecuencia de dicho incumplimiento, a través de los medios previamente acordados. En el caso de los seguros grupales la comunicación será dirigida al asegurado sin perjuicio de la comunicación que corresponda al contratante, así como deberá ser remitida antes de los 30 días para que se proceda con la suspensión de la cobertura, a través de los medios previamente acordados. Además, indicará el plazo que el Contratante o Asegurado -en caso de modalidad de contrato colectiva- tiene para pagar la prima antes de que se suspenda la cobertura. La Compañía de Seguros no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura esté suspendida. La suspensión de cobertura no es aplicable cuando el Contratante haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido en el contrato.

4. **Rehabilitación de la cobertura:** cuando el contrato se encuentra suspendido, la rehabilitación de la cobertura se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague el total de las cuotas vencidas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (00:00) horas del día siguiente a aquel en que se pague la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a solicitud del Contratante y/o Asegurado, siempre que la Compañía de Seguros no haya resuelto el contrato.
5. **Resolución por incumplimiento de pago:** cuando la cobertura del seguro esté suspendida por el incumplimiento del pago de la prima, la Compañía de Seguros podrá optar por resolver el contrato y/o Solicitud-Certificado, los cuales se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el Contratante y/o el Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía de Seguros informándole sobre esta decisión por el mecanismo de comunicación acordado. En este caso, la Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto. La Compañía de Seguros quedará liberada de toda responsabilidad y obligación una vez resuelto el contrato.
6. **Extinción del contrato de seguro por incumplimiento de pago:** el contrato de seguro queda extinguido en caso el Contratante y/o el Asegurado no realice el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento de la obligación. La Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por el periodo cubierto.

ARTÍCULO Nº 7: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan por ley en el futuro sobre las primas, intereses o cualquier otra base y que afectase el presente contrato serán de cargo del Contratante o del Asegurado, según sea el caso, a excepción de que la ley indique lo contrario.

ARTÍCULO Nº 8: FRANQUICIAS, DEDUCIBLES O COASEGURO

Aplicarán de acuerdo a lo indicado en las condiciones particulares o en la Solicitud-Certificado.

ARTÍCULO Nº 9: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

Para todos los casos, el aviso del siniestro deberá ser comunicado a la Compañía de Seguros o al Comercializador dentro de los siete (7) días calendarios siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura deberán presentar por escrito o a través del mecanismo definido e informado previamente por La Compañía lo siguiente:

	Trabajador formal con contrato	Trabajador Público	Trabajador Independiente con RUC activo
Formulario de declaración de siniestros firmada por el Asegurado, en el que declare la ocurrencia del siniestro.	X	X	X
Copia legalizada de la Liquidación de beneficios sociales y constancia del pago del beneficio por despido o mutuo disenso, salvo que se trate de un despido de hecho o de facto. (O documento similar expedido por la entidad pública)	X		
Copia legalizada de la Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador.		X	
Original o copia legalizada del Informe del médico tratante sobre enfermedad o accidente, según corresponda.			X
Original o copia legalizada de la Historia Clínica del Asegurado			X

La documentación antes mencionada deberá ser presentada a la Compañía de Seguros o al Comercializador.

La Compañía de Seguros cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro una vez presentada la solicitud de cobertura. En caso la Compañía

de Seguros requiera aclaraciones adicionales a la documentación presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días, desde la presentación de todos los documentos detallados en la Póliza. Esto suspenderá el plazo para evaluar el siniestro hasta que se brinden las aclaraciones solicitadas.

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 los 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 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 supuesto del 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.

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 de la Póliza en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario.

Las coberturas del contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. Para las coberturas de muerte, el plazo de 10 años se computa desde que el beneficio es conocido por el Beneficiario.

ARTÍCULO N° 10: CAMBIOS EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato la Compañía de Seguros podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de treinta (30) días pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante será de forma previa a su aplicación 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 los seguros colectivos, la Compañía de Seguros debe proporcionar la información suficiente al Contratante para que este último haga de conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

ARTÍCULO N° 11: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro quedará resuelto, respecto al Contratante, perdiendo todo derecho originado de la Póliza cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12.**
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 6.**
- c. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes de que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía de Seguros comunicará la resolución en el plazo de 30 días posteriores a los 10 días con los 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. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12.**
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 6.**
- c. Cuando al momento de evaluar la solicitud de cobertura se evidencie que esta ha sido interpuesta en base a documentos y declaraciones falsas, los cuales se encuentran establecidos en el Artículo N° 9 del presente condicionado. Asimismo, La Compañía de Seguros comunicará la resolución al Contratante y al Asegurado dentro de los treinta (30) días posteriores de haber tomado conocimiento del fraude.**
- d. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes de que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía de Seguros comunicará la resolución en el plazo de 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.**

En los supuestos antes mencionados, la Compañía de Seguros tendrá derecho a la prima devengada por el periodo cubierto. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al período no cubierto. La devolución de la prima se realizará en forma directa al Contratante o, en caso el Asegurado solicite la resolución en virtud del literal a), esta se efectuará a través del Contratante, según corresponda, teniendo como plazo para la devolución treinta (30) días calendario contados desde la fecha de presentación de la solicitud de resolución.

ARTÍCULO N°12: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

El Contratante o el Asegurado podrán solicitar la resolución sin expresión de causa de la Póliza, presentando:

- a. Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver 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. Copia del documento de identidad de la persona que suscribe la Carta de resolución.**

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

- a. Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver su afiliación al contrato.**
- b. Copia de su documento de identidad.**

Este trámite podrá efectuarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de la Compañía de Seguros (www.interseguro.pe), 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, deberá otorgar un poder notarial a través de una carta poder con firma legalizada, para que un tercero lo realice en su nombre.

La Compañía de Seguros procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada. Asimismo, en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, computado desde la fecha de presentación de la solicitud de resolución, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado, de corresponder. 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. 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: NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato de seguro será nulo por una causa existente al momento de su celebración en los siguientes casos:

- 1. 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.**
- 2. Si al tiempo de su celebración se ha producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.**

3. Cuando no exista interés asegurable al momento de la celebración del contrato o al inicio de su vigencia.
4. Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante y/o 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 Contratante y/o Asegurado. 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.

En los casos de los numerales 1, 2 y 3, se procederá a la devolución de la prima pagada en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, computados desde la notificación de la comunicación que declara la nulidad. 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 el caso del numeral 4, las primas pagadas por el primer año de duración del contrato quedarán adquiridas por La Compañía a título indemnizatorio, procediéndose a la devolución de las primas restantes, de corresponder, en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, computados desde la notificación de la comunicación que declara la nulidad.

Para todos los casos de nulidad, el Asegurado perderá todo derecho de solicitar indemnización o beneficio alguno relacionado a esta Póliza. La nulidad por reticencia y/o declaración inexacta detallada en el numeral 4 deberá ser comunicada en el plazo de treinta (30) días desde que la Compañía de Seguros tenga conocimiento de esta.

Si el Asegurado hubiera cobrado la indemnización de un siniestro, quedará obligado a devolver a la Compañía de Seguros la suma asegurada percibida, más intereses legales y tributos correspondientes.

ARTÍCULO N°14: PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS

Los requerimientos y reclamos serán recibidos vía llamada telefónica, 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, a través del 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°15: INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS Y MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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.

ARTÍCULO N°16: 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 la Solicitud-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.