

**CONDICIONES GENERALES
VIDA CASH
CÓDIGO SBS VI2027100229**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

CONDICIONES GENERALES VIDA CASH

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES

Para efectos de la presente Póliza se entenderá por:

Asegurado: Es la persona titular del interés asegurable de los riesgos cubiertos por esta Póliza y es señalado como tal en las Condiciones Particulares.

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

Beneficiario(s): Es la persona o personas designadas por el Contratante en el formulario del portal web de La Compañía y cuyo nombre aparece en las Condiciones Particulares, como titular o titulares de los derechos que en ella se establecen. En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la Póliza, el Beneficiario o Beneficiarios recibirán en la oportunidad que se establece en las Condiciones Particulares.

En caso de Fallecimiento de uno o más Beneficiario(s), al momento del fallecimiento del Asegurado, el monto que corresponde a dicho(s) beneficiario(s) será repartido entre los beneficiarios vivos, de acuerdo al porcentaje que le corresponde a cada uno.

Capital Asegurado o Suma Asegurada: Es el monto del beneficio contratado, el cual figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Contratante: Es la persona natural o jurídica que contrata la Póliza, la cual asume los derechos y obligaciones que de ella se derivan y está señalada como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Contrato de Seguro: Es un acuerdo de voluntades por el cual La Compañía se obliga mediante el cobro de una prima a indemnizar al Asegurado o Beneficiario designado en caso ocurra algún evento cuyo riesgo está dentro de los límites y condiciones pactados en la cobertura contratada en la Póliza de seguro.

Deportes Riesgosos: Son todos aquellos deportes, o disciplinas profesionales con algún componente deportivo que comportan una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican. Se consideran deportes riesgosos para efectos de esta Póliza: 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, street luge. 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.

Derecho a Acrecer: Cuando se designa más de un Beneficiario, si falleciera uno de ellos antes del fallecimiento del Asegurado, los restantes tienen derecho a acrecer; es decir, percibir el importe del Beneficiario fallecido en partes iguales. En el caso de haberse determinado porcentajes, se respetarán esas proporciones para acrecer.

Edad Actuarial: Para efectos de la determinación de la prima del seguro, se entiende por edad actuarial aquella correspondiente al cumpleaños más cercano ya sea pasado o futuro, que en una determinada fecha tenga el Asegurado.

Endoso: Es el documento que contiene el acuerdo mediante el cual se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante 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.

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 suscripción del contrato de seguro.

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.

Factor de Pago: Factor aplicado por La Compañía para que la Prima Comercial sea pagada de acuerdo los periodos establecidos por el Asegurado en las Condiciones Particulares.

En caso que el periodo de pago sea anual, no se aplicará el factor de pago para el cálculo de la Prima Comercial.

Gastos: Gastos en los que La Compañía incurre al comercializar y administrar la Póliza, los cuales se encontrarán debidamente sustentados.

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.

La Compañía: Se refiere a Interseguro Compañía de Seguros S.A.

Periodo de Pago Mínimo: Se refiere al plazo de dos (02) años señalado en el Artículo 16° del presente documento.

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, Endosos y Anexos,, en él 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 de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la empresa.

TCEA (Tasa de Costo Efectivo Anual): Es la tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el contratante, 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 Contratante fraccionar el costo anual de la prima comercial. Se indicará en el Condicionado Particular.

TIR (Tasa interna de retorno): Es la tasa que permite igualar el monto que se ha otorgado como componente de ahorro o inversión con el valor actual del monto que efectivamente se recibe al vencimiento del plazo, calculada a un año de 360 días.

TREA (Tasa de Rendimiento Efectivo Anual): Es aquella tasa que permite igualar el monto que se ha pagado (prima comercial neta, sin impuestos en caso aplique) con el valor actual del monto que efectivamente se recibe al vencimiento del plazo del seguro, considerando todos los cargos por comisiones, gastos y costos del seguro, bajo el supuesto de cumplimiento de todas las condiciones pactadas. Se indicará en el Condicionado Particular.

ARTÍCULO N° 2: RIESGO CUBIERTO

En los términos de la presente póliza, el Capital Asegurado señalado en las Condiciones Particulares será pagado por La Compañía a los Beneficiarios después del fallecimiento del Asegurado, si ocurre durante la vigencia de la póliza. Asimismo, en caso de sobrevivencia del Asegurado al plazo establecido en las condiciones particulares, se aplicará lo indicado en el Artículo N° 11 del presente documento.

La devolución aplicará también para todas las coberturas adicionales contratadas por el Asegurado, siempre que no se hubiere configurado alguna causa para el pago del beneficio de las mismas. Es decir, la devolución únicamente aplica en caso no se haya obtenido alguna de las coberturas de las cláusulas adicionales, por tanto la devolución es excluyente del pago del beneficio de las coberturas adicionales contratadas.

Las coberturas señaladas en la presente Póliza inician su vigencia 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, dichas fechas se encuentran indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO N° 3: EXCLUSIONES

No se otorgará la cobertura del seguro cuando el deceso del Asegurado se produjera como consecuencia de:

- 1. Suicidio, a menos que hubieran transcurrido dos (02) años completos e ininterrumpidos desde la fecha en que se contrató el 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. Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o partícipe, por uno o más beneficiarios o por quienes pudieren reclamar la suma asegurada, sin perjuicio del derecho que les asiste a los demás beneficiarios no partícipes de dicho acto, de reclamar el porcentaje o alícuota correspondiente de la suma asegurada.**
- 4. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.**

5. Participación activa, frecuente y recurrente en deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, ala delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, street luge. 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. Se entiende como participación activa aquella participación con consentimiento del asegurado. La presente exclusión no surte efecto si el deceso se produjera en viajes de placer, vacaciones y/o esparcimiento.
6. Fisión o fusión nuclear, así como contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
7. 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.
8. Enfermedades preexistentes, 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.
9. 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 este 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/lit de alcohol en la sangre; o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.
10. Prestación de servicios en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.

ARTÍCULO N° 4: 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 computados desde la fecha de notificación al Contratante, pueda 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.

ARTÍCULO N° 5: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidos bajo esta Póliza, que no pertenecen a La Compañía, estarán reservados al Contratante a menos que se hubiera estipulado lo contrario en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO N° 6: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Las declaraciones hechas en el formulario web son elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

ARTÍCULO Nº 7: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Contratante deberá designar a el o los Beneficiarios en forma expresa en el formulario web, quien cobrará el importe de este seguro en caso el Asegurado fallezca durante la vigencia de la póliza. El o los beneficiarios se verán detallados en las Condiciones Particulares de esta póliza. Si designase a dos o más beneficiarios se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo se mencione lo contrario.

El Contratante tiene el derecho de nombrar a el o los Beneficiarios que desee a su libre elección y criterio, siempre que exista interés asegurable entre el Asegurado y sus beneficiarios.

A falta de Beneficiarios designados por el Contratante, o habiendo estos fallecidos antes que el Asegurado, el monto del beneficio se pagará a los herederos testamentarios del Contratante, en los porcentajes establecidos en el testamento o la ley o, a falta de herederos testamentarios, a los herederos legales, de acuerdo con el orden de prelación y disposiciones establecidas en el Código Civil.

El cambio de Beneficiario se hará en forma expresa y por escrito en la póliza o en su defecto en un tercer documento legalizado por notario público. Es válido, aunque se notifique a La Compañía después del siniestro.

ARTÍCULO Nº 8: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el Contratante recibe la póliza, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa ni penalidad alguna, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias y en tanto no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el presente contrato, comunicando su decisión a los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Asimismo, se procederá a devolver la prima recibida dentro de los treinta (30) días siguientes contados desde la recepción de la solicitud, no sujeta a penalidad alguna.

ARTÍCULO Nº 9: MONEDA DEL CONTRATO

El monto de la prima y demás valores de este contrato se expresarán en la moneda especificada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO Nº 10: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO

El periodo de pago de prima comprende desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza y culmina en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares, o hasta la fecha de fallecimiento del Asegurado, en caso este último evento ocurriera antes. La frecuencia de pago de prima será señalada por el Contratante en el Condicionado Particular de la póliza.

La Prima Comercial será pagada por adelantado por el Contratante y en la fecha de vencimiento que se detalla en las Condiciones Particulares, a través de las instituciones bancarias y financieras autorizadas para el cobro, conforme a la modalidad elegida por el Contratante y consignada en las Condiciones Particulares.

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 y/o Asegurado, 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, 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 informando 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 periodo 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.

No obstante lo anteriormente señalado, si hubiera transcurrido el plazo de dos (2) años de vigencia de la Póliza, se aplicará lo dispuesto en el Artículo N° 16 de estas Condiciones Generales, sobre la devolución anticipada, de corresponder una vez descontado el monto de la prima impaga.

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 N° 11: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

Al término del período de pago de prima, y si el Asegurado hubiere sobrevivido, el Contratante tendrá derecho a solicitar a La Compañía la devolución de un porcentaje del valor total de las primas pagadas, según lo señalado en el Artículo N° 2: RIESGO CUBIERTO.

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 Contratante realice el pago total de las primas o cuotas vencidas. La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante, mientras que La Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver el contrato o éste no se haya extinguido.

ARTÍCULO Nº 13: NULIDAD DEL CONTRATO

La relación contractual establecida con el Contratante, regulada mediante la presente 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 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, siempre que medie dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado. La nulidad deberá ser invocada en el plazo de treinta (30) días desde que La Compañía conoce la reticencia y/o declaración inexacta. 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 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 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 otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que corresponde 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.

- iii. **Si al tiempo de la celebración del contrato se había producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.**
- iv. **Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.**

Cabe precisar que la póliza será indisputable para la Compañía si transcurren dos (2) años desde su celebración, excepto cuando la reticencia o falsa declaración sea dolosa y causa directa del siniestro.

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

En el supuesto del numeral (i), el Contratante, por concepto de penalidad, perderá todo derecho sobre las primas pagadas a La Compañía por el primer (1) año de vigencia de la relación contractual. Para las demás causales La Compañía realizará la devolución de las primas.

La devolución de las primas pagadas se realizará quince (15) días después a la comunicación de la nulidad.

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, gastos y tributos a que

hubiera lugar. Dicho monto será compensado con la prima pendiente de devolución por parte de la Compañía, si lo hubiere. Los gastos serán debidamente sustentados.

ARTÍCULO N° 14: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

La Póliza se resolverá, perdiendo todo derecho emanado de la misma, a partir de la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes causales conforme a la forma y plazos señalados en cada supuesto:

- a. **Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante**, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 15 "Solicitud de Resolución sin expresión de causa del Contrato".
- b. **Solicitud por parte del Contratante de la Devolución Anticipada**, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 16.
- c. **Por falta de pago de prima**, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 10 "Pago de Prima y Consecuencias del Incumplimiento".
- d. **Cuando se solicite la cobertura del seguro fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas según el procedimiento establecido en el último párrafo del Artículo N° 17 "Aviso del siniestro y solicitud de cobertura".**
- e. **Si dentro del plazo de quince (15) días de comunicada o conocida la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato**, deberá comunicar esta decisión al Contratante. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original. El seguro de vida no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración del contrato.
- f. **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 y/o Asegurado incurren en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes de que se produzca el siniestro. La Compañía puede resolver la póliza mediante comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días computados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días para el pronunciamiento.
- g. **El Asegurado tiene derecho a revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento**, en caso el Contratante y el Asegurado sean personas distintas. En este supuesto la cobertura cesa desde la recepción de dicho documento y la prima no devengada será devuelta al Contratante, además del valor de la Devolución Anticipada, de corresponder.

En caso el Contratante optase por la resolución del Contrato durante los primeros 24 meses de vigencia del mismo, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido no resultando aplicables penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al período no devengado.

En los supuestos señalados en los literales a) y b), en caso el Contratante optase por la Devolución Anticipada o por la resolución del Contrato una vez transcurridos dos (2) años de vigencia de la Póliza en los supuestos de modalidad de pago de prima periódica, La Compañía entregará al Contratante además del valor de la Devolución Anticipada, la prima correspondiente al período no devengado.

En los supuestos señalados en los literales d), e), f) y g), La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada, así como el valor de la Devolución Anticipada una vez transcurridos dos (2) años de vigencia de la Póliza, de corresponder; los mismos que serán debidamente sustentados.

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° 15: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

El Contratante podrá solicitar la resolución sin expresión de causa del contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario de la fecha efectiva de terminación, adjuntando la siguiente documentación:

- a. Carta de resolución sin expresión de causa debidamente suscrita; y
- b. Original y copia del Documento de Identidad.

Dicho trámite podrá efectuarse en los Centros de Servicio de Atención al Cliente, que figuran detallados en la web de la Compañía (www.interseguro.pe), o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante 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. El contrato terminará una vez transcurrido treinta (30) días de la recepción de la solicitud de la resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza, salvo que corresponda la entrega del valor de la Devolución Anticipada según las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO N° 16: DEVOLUCIÓN ANTICIPADA

Una vez transcurridos dos (2) años de vigencia de la póliza, el Contratante puede optar por adelantar la devolución en caso de no continuar con la Póliza. Por otro lado, La Compañía aplicará la devolución anticipada en caso de incumplimiento de pago de prima 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 se indica en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO N° 17: AVISO DEL SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

El aviso del siniestro deberá ser comunicado a La Compañía por correo, teléfono o de forma presencial a La Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

El plazo para efectuar la solicitud de la cobertura corresponderá al plazo de prescripción legal vigente a la fecha en que ocurrió el siniestro. Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años de ocurrido el siniestro o, en caso de fallecimiento del Asegurado, de conocido el beneficio por parte del beneficiario.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso del siniestro establecido en la presente cláusula no genera la pérdida de los derechos que pudiese tener el Beneficiario en virtud del presente seguro.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura, en caso el Asegurado fallezca durante la vigencia de la póliza, el Beneficiario, su tutor o curador, según corresponda, acreditándose como tal, podrá exigir el pago de la suma asegurada presentando al Centro de Atención al Cliente de La Compañía los siguientes antecedentes:

- a. Original o copia certificada del Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo. (La compañía validará en el portal web de Reniec que se haya inscrito el fallecimiento del asegurado).
- b. Copia simple del Documento de identidad del(los) Beneficiario(s) del seguro en caso estos sean menores de edad o extranjeros. Respecto los beneficiarios mayores de edad, bastará que indiquen su número de DNI.
- c. Copia certificada de la partida registral de la sucesión testada o intestada que acredite la calidad del(los) Beneficiario(s) del seguro, de ser necesario, conforme al Artículo N° 7.
- d. Certificación de reproducción notarial del documento en que se designa al tutor o curador del Beneficiario, según corresponda.
- e. Copia de la Historia clínica completa foliada y fedateada.

Si es que la muerte del asegurado fue causada por un accidente deberá presentar adicionalmente lo siguiente:

Original o copia certificada del Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, de ser el caso.

Original o copia certificada del Certificado y protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.

Original o copia certificada del Resultado de dosaje etílico, en caso corresponda.

Original o copia certificada del Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

Original o copia certificada de boletos de viaje, en caso corresponda.

Original o copia certificada de tickets de hospedaje, en caso corresponda.

Original o copia certificada de tickets derivados de la actividad del deporte extremo, en caso corresponda.

Original o copia certificada del certificado laboral donde conste la salida de vacaciones del asegurado, en caso corresponda.

Se deja expresa constancia que, en caso de muerte natural, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud donde se diagnosticó la enfermedad que causó el deceso del Asegurado, la cual deberá contener el Informe Anatomopatológico del diagnóstico inicial, en caso corresponda; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso, siempre que el establecimiento de salud donde se produjo el

deceso sea diferente al que se pronunció sobre el diagnóstico de la enfermedad, de corresponder.

En caso de muerte accidental, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud que realizó la atención médica del accidente que causó el deceso del Asegurado; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso, siempre que el establecimiento de salud donde se produjo el deceso sea diferente al que se pronunció sobre el diagnóstico de la enfermedad, de corresponder.

De requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Beneficiario, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, desde la presentación de todos los documentos detallados en la póliza, para consentir, aprobar o rechazar el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

1. Para el consentimiento expreso, una vez que el Beneficiario haya 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. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento dentro de los treinta (30) días de presentada la solicitud de cobertura.
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 lo antes indicado, 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 Beneficiario la ampliación del plazo. Si el Beneficiario no lo aprueba, La Compañía podrá presentar la 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.

Si transcurrido el plazo adicional otorgado por la Superintendencia La Compañía no se pronunciara sobre la procedencia de la solicitud, esta se entenderá tácitamente aprobada, realizándose el pago de la suma asegurada conforme a lo indicado en el segundo párrafo del Artículo N° 2 "Riesgo Cubierto".

Sin embargo, si se diera el caso en que el Contratante, Beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, empleen, con o sin conocimiento, medios o documentos falsos, dolosos o engañosos a fin de sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios de la póliza, se aplicará el Artículo N° 13 *¿Causales de Resolución del Contrato?* quedando resuelto el presente contrato. 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, sin perjuicio de cumplir con los requisitos de rechazo de siniestro que prevé el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros.

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 N° 19: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS Y COASEGUROS

No aplican para este producto.

ARTÍCULO N° 20: EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso la Póliza estuviera extraviada o destruida, La Compañía podrá emitir un duplicado del documento original mediante una solicitud escrita por parte del Contratante o del Asegurado. Todo gasto que se genere a raíz de dicho pedido será obligación del Contratante o del Asegurado se hará según el tarifario vigente.

ARTÍCULO N° 21: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que se realice entre La Compañía y el Contratante o Beneficiarios, deberá efectuarse por escrito, mediante carta o correo electrónico, y dirigido al domicilio de La Compañía o al domicilio contractual, físico o electrónico y que se encuentra registrado en las Condiciones Particulares de la póliza. Todo cambio de domicilio deberá ser notificado por escrito a la otra parte y surtirá efectos entre las partes desde su recepción.

ARTÍCULO N° 22: PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR REQUERIMIENTOS Y/O RECLAMOS

Los requerimientos y/o 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 cliente en un periodo no mayor de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud, mediante el medio pactado por el usuario.

Centros de Atención al Cliente

Lima

Av. Paseo de la República 3071, San Isidro.
Central de Atención al Cliente (Lima): 500-0000
Correo electrónico: servicios@interseguro.com.pe
Página web: www.interseguro.pe

Arequipa

Mz. D Lote 1, Urb. Los Cedros – Yanahuara
Central de Atención al Cliente (Arequipa): (054) 603101

Chiclayo

Calle Los Dulantos 110, Urb. Santa Victoria
Central de Atención al Cliente (Chiclayo): (074) 232512

Trujillo

Calle Santa Martha Mz H Lote 15, Urb. La Merced
Central de Atención al Cliente (Trujillo): (044) 369127

ARTÍCULO N° 23: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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.defaseg.com.pe, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro, Lima – Perú; Telefax: 421-0614).

2.2 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, teléfono: 224-7777).

2.3 Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (Dirección: Av. Dos de Mayo 1475 - San Isidro, web: www.sbs.gob.pe, teléfono gratuito N° 0-800-10840).