



**CONDICIONES GENERALES
SEGURO EDUCACIONAL (SEGURO ESCOLAR Y UNIVERSITARIO)
CÓDIGO SBS VI2027120009**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

CONDICIONES GENERALES EDUCACIONAL (SEGURO ESCOLAR Y UNIVERSITARIO)

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES

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

Asegurado: Es la persona que se encuentra expuesta a los riesgos cubiertos por esta póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

Beneficiario(s): Es la persona o personas señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, quienes se beneficiarán con el o los porcentajes de la suma asegurada establecidos en la solicitud del seguro o modificaciones futuras (endosos por cambio de beneficiarios).

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.

Beneficiario Contingente: A la falta del beneficiario de la póliza en el momento del pago del beneficio puede realizarse la asignación de un beneficiario contingente. El beneficiario contingente se activa, una vez hayan fallecido todos los beneficiarios indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Capital Asegurado o Suma Asegurada: Es el monto contratado para cada cobertura, pagadero en caso de siniestro, el cual figura en las Condiciones Particulares de la póliza. Se entenderá Suma Asegurada a la Renta Anual.

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

Condiciones Particulares: Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del asegurado y el Beneficiario, si lo hubiere, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, modalidad de pago de primas, vigencia del contrato, entre otros.

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

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

Deportes Riesgosos: Son todos aquellos deportes, actividades de ocio, 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, 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.

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 empresa y el contratante.

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.

Gastos: Gastos en los que el Asegurador 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.

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, Resumen de Condiciones Generales, Endosos, Anexos, solicitud del seguro, Declaración Personal del Asegurado. 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.

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

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.

ARTÍCULO N° 2: COBERTURA

En los términos de la presente Póliza, la(s) Renta(s) señalada(s) en las Condiciones Particulares, será(n) pagada(s) anualmente por La Compañía a cada Beneficiario, a partir del año en que ocurra el fallecimiento del Asegurado. El (los) Beneficiario(s) solo recibirá(n) el pago de la Renta Anual estipulada en las Condiciones Particulares, si tiene(n) menos de veinticuatro (24) años de edad. Asimismo el pago a cada uno de ellos se hará efectivo hasta el mes en que cumpla los veinticuatro (24) años de edad.

El pago de la renta solo se hará si el fallecimiento del Asegurado ocurre dentro del período de vigencia de la Póliza. Si el Asegurado sobrevive a la fecha de término de la vigencia de la Póliza, no se genera el derecho a cobro alguno. La renta anual, constituye una renta destinada al financiamiento de los gastos derivados de la educación del beneficiario, La Compañía no exigirá que se acredite los estudios para su pago.

Las coberturas previstas en la presente Póliza adquieren fuerza legal 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 de la Póliza.

ARTÍCULO N° 3: EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado fuere causado por:

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. Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o participe, por uno o más Beneficiarios o por quienes pudieren reclamar la Suma Asegurada, sin perjuicio del derecho que le asiste a los demás Beneficiarios no participantes 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, 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.

5. 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. Se entenderá participación activa como aquella participación que se realice con el consentimiento del asegurado.
6. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
7. Practicar o hacer uso de la aviación, salvo cuando el Asegurado viaje como pasajero en transporte aéreo de servicio público autorizado; o intervenir en operaciones o viajes submarinos.
8. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
9. 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 y no resueltas en el momento previo a la solicitud del seguro, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
10. Uso de drogas o estupefacientes, a menos que hubiesen sido administrados por prescripción médica.
11. 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. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
12. La influencia del alcohol y/o drogas y/o alucinógenos, en caso el fallecimiento fuera producido a consecuencia de un accidente. El estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado haya tenido más de 0.5 gr / lt de alcohol en la sangre; o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.

ARTICULO 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 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: DERECHO DE CONVERSIÓN

Estando la Póliza vigente, sólo el Contratante tendrá derecho a cambiar la suma asegurada (aumento o disminución), cuando lo estime conveniente, sin requisitos de asegurabilidad,

siempre que no lo haga a una de mayor Capital Asegurado o plazo, y pague la diferencia de prima que corresponda a la nueva cobertura, incluido el monto requerido para completar la reserva matemática que corresponda. El cambio entrará en vigencia a partir del mes subsiguiente de la aprobación de La Compañía.

ARTÍCULO N° 6: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo esta Póliza y que no pertenecen a La Compañía, estarán reservados al Contratante, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiere convenido lo contrario.

Si el Contratante falleciere estando esta Póliza vigente, se producirá la terminación del contrato, a menos que el Asegurado, si fuese persona distinta, se hiciere cargo de sus obligaciones antes de que se produzca la resolución del contrato o la extinción del mismo por falta de pago de prima, y en tal caso ejercerá también los derechos, facultades y opciones que esta Póliza reconoce al Contratante, ocupando su lugar para todos los efectos del contrato. El Asegurado deberá presentar copia de su Documento de Identidad y el Certificado de defunción del Contratante. Si el Asegurado, siendo persona distinta, desistiese de su opción de hacerse cargo de las obligaciones del Contratante, renuncia también a todos los derechos, facultades y opciones que esta póliza reconoce al Contratante.

ARTICULO N° 7: 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 N° 8: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

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

ARTÍCULO N° 9: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Contratante y/o el Asegurado de mutuo acuerdo podrán designar para cobrar el importe de este seguro en caso de fallecimiento del Asegurado, a una o más personas, en la solicitud del seguro o en cualquier otro momento posterior. El o los Beneficiarios se verán detallados en las Condiciones Particulares de esta póliza. Si designare a dos o más Beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo mención en contrario.

El Contratante tiene el derecho a 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 Beneficiarios Contingentes. Sin embargo, si no se hubiera designado a un Beneficiario Contingente, 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 válida aunque se notifique a La Compañía después del siniestro.

ARTÍCULO Nº 10: 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 establezca en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO Nº 11: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

El pago de prima deberá realizarse hasta el término del período convenido en las Condiciones Particulares de la póliza o hasta la fecha de fallecimiento del Asegurado, si éste ocurre antes.

Todas las primas correspondientes se cobrarán por adelantado al Contratante. La fecha de vencimiento para el pago de la prima se detalla en las Condiciones Particulares y se efectúa 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.

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.

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 devengadas por el período efectivamente cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente sustentados por La Compañía.

ARTÍCULO N° 12: NULIDAD DEL CONTRATO

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

(i) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante 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.

(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 correspondería pagar, la prestación de La Compañía se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, La Compañía está obligada a restituir el exceso de la prima percibida, sin intereses.

(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. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos. Los gastos serán debidamente sustentados.

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

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

En el supuesto del numeral (i), el Contratante, por concepto de penalidad, perderá todo derecho sobre las primas entregadas 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 al Contratante.

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

Si los Beneficiarios designados ya hubieran cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a La Compañía el capital percibido,

más intereses legales, gastos y tributos a que hubiera lugar. Los gastos serán debidamente sustentados.

ARTÍCULO N° 13: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El seguro a favor de un Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios quedará resuelto, 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° 14.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 11.
- c. Cuando se solicite la cobertura del seguro fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas.
- d. 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.
- e. 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.
- f. 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 el Contratante y/o Asegurado incurren 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 de treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.

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 período no devengado, no resultando aplicable el cobro de penalidades u otros cobros de naturaleza similar.

En los demás casos mencionados, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada deduciendo los gastos administrativos correspondientes, 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° 14: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

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.com.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 que otorgue la facultad de resolver sin expresión de causa la póliza del seguro, 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 transcurridos 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.

ARTÍCULO N° 15: AVISO DEL SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía en los Centros de Atención al Cliente de 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.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura, los Beneficiarios de la Póliza podrán exigir el pago de la Suma Asegurada, presentando los siguientes antecedentes:

- a. Original o copia certificada de la Partida y Certificado Médico de Defunción del Asegurado.
- b. Copia simple del documento de identidad de la persona fallecida, en la medida que se cuente con ello.
- c. Original o copia certificada de la Historia clínica del asegurado foliada y fedateada.
- d. Copia simple del Documento de identidad del(los) Beneficiario(s) del seguro.

En todas las coberturas, 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 dicho plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

El plazo para efectuar la solicitud de la cobertura será el plazo de prescripción legal vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

ARTÍCULO N° 16: PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

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, la póliza se encuentre vigente y la causal del Fallecimiento no se encuentre dentro de las exclusiones del mismo. 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, dentro del plazo inicial de treinta (30) días la ampliación de dicho plazo. Si el Beneficiario no lo aprueba, La Compañía podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta (30) días. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad. A falta de pronunciamiento dentro de dicho plazo, se entiende aprobada la solicitud.

Luego de aprobado el pago del siniestro o 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. El capital será pagado en un plazo no mayor a treinta (30) días de aprobado el pago del siniestro o consentido el mismo, en las Oficinas de Atención al cliente. La forma de pago de la cobertura es la siguiente:

Acreditada la ocurrencia del siniestro La Compañía pagará al Beneficiario o a su tutor si lo hubiera, la renta anual proporcional correspondiente a los meses entre la fecha de fallecimiento del Asegurado y el mes de febrero siguiente.

A partir del año siguiente al fallecimiento del Asegurado, la renta pactada en la Póliza se pagará anualmente a cada beneficiario o sus tutores si los hubiera, dentro de los quince primeros días de marzo de cada año, previa solicitud del beneficio, el Beneficiario deberá presentar una carta en la que expresa su deseo de solicitar la cobertura y copia de su Documento de Identidad. En el periodo anual correspondiente a la fecha en que el Beneficiario cumpla los veinticuatro (24) años, el pago de la renta anual se hará proporcional a los meses restantes entre el 1° de marzo de ese año y el mes en que cumpla los veinticuatro (24) años.

La renta se extinguirá al fallecimiento del beneficiario o en el mes que éste cumpla los veinticuatro (24) años de edad, lo que ocurra primero.

ARTÍCULO Nº 17: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos, contribuciones, tasas y en general tributos de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en el futuro o eventuales aumentos de los tributos ya existentes que se establezcan sobre las primas, intereses, capitales asegurados o sobre cualquier otra base y que afecten al presente contrato, serán de cargo del Contratante, del Asegurado, del Beneficiario o heredero de éstos, según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo de La Compañía.

ARTÍCULO Nº 18: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS Y COASEGUROS

No aplican para este producto.

ARTÍCULO Nº 19: EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío o destrucción de la póliza, La Compañía, a petición escrita del Contratante, expedirá un duplicado del documento original. Todo gasto aplicable según tarifario vigente que resulte por este concepto será de cargo del Contratante.

ARTÍCULO Nº 20: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

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

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

ARTÍCULO Nº 21: PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS

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

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

Centros de Atención al Cliente

San Isidro

Av. Paseo de la república 3071

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

Fax: 611-9255

Correo electrónico: servicios@interseguro.com.pe

Página web: www.interseguro.com.pe

Arequipa

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

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

ARTÍCULO N° 22: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

1. Mecanismo de solución de controversias

1.1 Vía Judicial: Toda controversia, disputa, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre el Asegurado, Contratante o Beneficiario y La Compañía, referido a la validez del contrato de seguro del que da cuenta esta póliza, o que surja como consecuencia de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquier indemnización u obligación referente a la misma.

2. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias, según corresponda

En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante, Asegurado o Beneficiario podrá acudir a las siguientes instancias:

2.1 Defensoría del Asegurado por montos menores a US\$ 50,000.00, y que sean de competencia de la Defensoría del Asegurado, según detalla el reglamento de dicha entidad (web: www.defaseg.com.pe, Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima – Perú; Telefax: 446-9158).

2.2 El Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (Dirección: Calle La Prosa S/N San Borja, web: www.indecopi.gob.pe).

2.3 Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840.