



**CONDICIONES GENERALES
EDUCACIÓN GARANTIZADA
CÓDIGO SBS VI2027100126**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

CONDICIONES GENERALES EDUCACIÓN GARANTIZADA

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES

Para efectos de la presente Póliza se entenderá por:

Anualidad: Es un monto o cuota del Fondo Universitario que se pagará, en periodos regulares de tiempo, a favor del Asegurado o sus Beneficiarios (según corresponda), el cual incluye los intereses garantizados, dicho interés es aplicado al capital asegurado. El monto de la anualidad se indica en las Condiciones Particulares.

Asegurado: Es la persona titular del interés asegurable de los riesgos cubiertos por esta Póliza, quien recibirá el Fondo Universitario en la fecha señalada en el Condicionado Particular. En el presente Contrato el Asegurado es el Contratante.

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

Beneficiario: Es la persona designada en la solicitud por el Asegurado y cuyo nombre aparece en las Condiciones Particulares, como titular de los derechos que en ella se establecen. En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la Póliza el Beneficiario recibirá el Fondo Universitario 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.

Beneficiario Contingente: Es la persona designada para recibir el Fondo Universitario en la solicitud del Seguro, cuyo nombre es señalado en las Condiciones Particulares, en caso que el Asegurado y el Beneficiario fallezcan durante la vigencia de la Póliza, y no se haya empezado a pagar el Fondo Universitario.

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 del beneficio contratado el cual figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Contratante: Es la persona que contrata la Póliza y está señalada como tal en las Condiciones Particulares de la misma. Para fines del presente Contrato el Contratante es el Asegurado.

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 de la cobertura contratada en la Póliza de seguro.

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, 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.

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 solicitud del 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 períodos 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.

Fondo Universitario: Es el beneficio total asegurado contratado en la Póliza y equivale a la suma de las Anualidades la cual se indica en las Condiciones Particulares. Dicho fondo se calcula de acuerdo al Capital Asegurado, Interés Garantizado y número de anualidades.

Gastos: Gastos en los que la Compañía incurre al comercializar 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.

Interés Garantizado: Es el interés a favor del Asegurado o Beneficiario, según corresponda, que se aplicará al Capital Asegurado para el cálculo del monto de las anualidades que conforman el Fondo Universitario y que se establece en las Condiciones Particulares.

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

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, Anexos, Solicitud del Seguro y 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.

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.

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.

Valor de Rescate: Es el valor que el Contratante puede retirar en caso de no continuar con la Póliza, asimismo de dicho valor se deducirán las deudas relacionadas a este seguro que se tuvieran con La Compañía. El Valor de Rescate correspondiente a cada año se indica en las Condiciones Particulares.

Valores Garantizados: Es el valor del seguro al finalizar cada año de vigencia de la póliza, pasado el periodo de pago mínimo. El Contratante puede ejercer alguno de estos derechos, los cuales están referidos en el Artículo 14º de estas Condiciones Generales

ARTÍCULO N° 2: RIESGO CUBIERTO Y SUMA ASEGURADA

El presente contrato de seguro tiene por objeto permitir al Asegurado la acumulación de un Fondo Universitario durante el periodo de pago de primas. El Fondo Universitario servirá para el pago de las anualidades al Contratante o al Beneficiario de acuerdo a lo indicado en la Condiciones Particulares.

En caso de fallecimiento del Asegurado, sea en territorio nacional o internacional, durante el periodo de pago de primas y estando vigente la Póliza, La Compañía exonerará de la obligación de pago de primas desde el mes siguiente de ocurrido el fallecimiento hasta que

finalice la vigencia de la Póliza con la finalidad de que continúe la constitución del Fondo Universitario conforme a los términos contratados por el Asegurado.

El Fondo Universitario será pagado por La Compañía al Asegurado, o Beneficiario, según lo indicado en el Artículo N° 16 y en la forma establecida, en las Condiciones Particulares, es decir, a través del pago de anualidades.

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, 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 por un Beneficiario con el fin de obtener el derecho a cobrar el Fondo Universitario por quienes pudiesen reclamarlo ya sea como autor, cómplice o partícipe. Ello sin perjuicio del derecho de reclamar el porcentaje o alícuota correspondiente por parte de los demás beneficiarios que no hayan participado del hecho.**
- 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 califiquen 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, 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, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza. Se entiende como participación activa aquella participación con consentimiento del asegurado.**
- 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, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por la Compañía. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
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/lt 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.
11. Síndrome de InmunoDeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de inmunodeficiencia.

En caso se determine que el siniestro no está cubierto por aplicación de alguna de las exclusiones detalladas en este Artículo, La Compañía sólo deberá pagar el Valor de Rescate que corresponda, previa deducción de las deudas que el Contratante tuviera con La Compañía respecto a esta póliza.

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.

ARTICULO N° 5: 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° 6: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidos bajo esta Póliza y que no pertenecen a la Compañía, estarán reservados al Contratante y/o al Asegurado, en caso

de ser personas distintas, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiere convenido lo contrario.

ARTÍCULO Nº 7: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

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

ARTÍCULO Nº 8: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Contratante deberá designar a un Beneficiario en la Solicitud del Seguro, quien cobrará el Fondo Universitario en caso el Asegurado fallezca durante la vigencia de la póliza y en la oportunidad que se establece en las Condiciones Particulares.

Si durante la vigencia de la póliza, el Beneficiario falleciera después que el Asegurado, el Fondo Universitario será pagado al Beneficiario Contingente según lo establecido en Artículo N° 16. Sin embargo, si no se hubiera designado a un Beneficiario Contingente (en forma expresa y por escrito de parte del Contratante), La Compañía únicamente estará obligada a pagar el Valor de Rescate, en caso corresponda, a los herederos legales del Asegurado, según orden de prelación (prioridad) 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 9: MONEDA DEL CONTRATO

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

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 de fin de vigencia de la misma, que se indican en las Condiciones Particulares, o hasta la fecha de fallecimiento del Asegurado, en caso este último evento ocurriera 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, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias.

Se considerará resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del día en que el Contratante recibió una comunicación escrita de La Compañía informándole sobre esta decisión.

Cuando la resolución se produzca por incumplimiento en el pago de la prima, La Compañía tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

No obstante lo anteriormente señalado, si La Compañía optase por no reclamar el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía.

En caso de resolución o extinción del contrato de seguro por incumplimiento en el pago de primas, el Contratante tendrá derecho a cobrar el Valor de Rescate indicado en las Condiciones Particulares, descontada toda suma que adeudare en razón de un préstamo, sus intereses o cualquier otra causa referente a la presente póliza.

Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagadas correspondientes al período cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente sustentados por La Compañía.

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

ARTÍCULO Nº 11: 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 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 mismos que 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, el Contratante o sus Beneficiarios perderán todo derecho de reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado bajo esta Póliza.

En el supuesto del numeral (i), el Asegurado, por concepto de penalidad, perderá todo derecho sobre las primas pagadas a La Compañía por el primer (1) año de vigencia de la relación contractual, quien tiene derecho al cobro de las mismas a título indemnizatorio.

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

Si el Contratante y/o Beneficiarios designados ya hubieran cobrado el Fondo Universitario, 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° 12: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

La Póliza quedara resuelta perdiendo todo derecho emanado de la misma, a partir de la fecha en que 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° 13.
- b. Solicitud por parte del Contratante del retiro total del Valor de Rescate, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 14.
- c. Por falta de pago de prima, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 10 “Pago de Primas 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° 15.

- 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 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.

En caso el Contratante optase por la resolución del Contrato, 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 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° 13: 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.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 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, extinguéndose a dicha fecha todos los derechos y

obligaciones de la presente póliza, salvo que corresponda la entrega del valor de rescate según las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO N° 14: RESCATE Y PRÉSTAMOS

Transcurridos y pagados dos (2) años de vigencia de la Póliza, el Contratante, podrá solicitar por escrito a La Compañía:

1. Retirar el Valor de Rescate por el monto determinado en el cuadro de valores de rescate, el cual se encuentra adjunto en las Condiciones Particulares. Sin embargo, previamente se deducirán las deudas que el Contratante tuviese con La Compañía en relación a la presente Póliza. De esta manera, cesará toda obligación posterior por parte de La Compañía debido a que terminó el contrato.
2. Obtener préstamos por montos que no excedan, en su totalidad, al Valor de Rescate correspondiente según lo indicado en las Condiciones Particulares y sujeto a las siguientes condiciones:
 - a) Que al efectuarse el préstamo se cubra cualquier deuda anterior relacionada a la presente póliza que el Contratante tuviese con La Compañía.
 - b) Que el préstamo quede sujeto a la tasa de interés y condiciones pactados en el Documento Préstamo.

En el caso que, finalizada la vigencia de la Póliza, el préstamo no se encuentre cancelado, se descontará del Fondo Universitario el total o el saldo pendiente del mismo. De esta manera, el monto de cada Anualidad será reajustado.

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

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito 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.

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 la exoneración del pago de primas pendientes presentando al Centro de Atención al Cliente de La Compañía los siguientes antecedentes:

- a) Original o copia certificada de la Partida o Acta de Defunción del Asegurado.
- b) Original o copia certificada del Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo.
- c) Copia simple del Documento de identidad de la persona Asegurada fallecida, en la medida que se cuente con ello.
- d) Copia simple del Documento de identidad del(los) Beneficiario(s) del seguro.
- e) Original o copia certificada de la Historia clínica completa foliada y fedateada
- f) Documento que acredite la calidad del(los) Beneficiario(s) del seguro, de ser necesario, conforme al Artículo N° 8.
- g) Original o copia certificada del Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, de ser el caso.
- h) Original o copia certificada del Certificado y protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- i) Original o copia certificada del Resultado de dosaje etílico, en caso corresponda.

- j) Original o copia certificada del Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.
- k) Documento en que se designa al tutor o curador del Beneficiario, 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.

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 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 Compañía exonerará del pago de las primas a partir del mes siguiente de ocurrido el fallecimiento

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 Nº 12 “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.

ARTÍCULO Nº 16: PAGO DEL FONDO UNIVERSITARIO

El Contratante deberá solicitar el pago de las anualidades a la Compañía y ésta empezará a pagar el monto de las anualidades correspondientes al Contratante en las fechas indicadas en las Condiciones Particulares. La solicitud debe realizarse con quince (15) días de anticipación.

Si se diera el caso en que estando vigente la póliza falleciera el Contratante, La Compañía exonerará de la obligación del pago de primas desde el mes siguiente de ocurrido el fallecimiento hasta que finalice la vigencia de la póliza. Asimismo, las anualidades del Fondo Universitario indicadas en las Condiciones Particulares en fechas posteriores al fallecimiento del Asegurado serán pagadas al Beneficiario. Si en caso el Beneficiario falleciera después del Asegurado estando vigente la póliza, las anualidades del Fondo Universitario indicadas en las Condiciones Particulares en fechas posteriores al fallecimiento del Beneficiario serán pagadas al Beneficiario Contingente.

Si durante el período de pago de las anualidades falleciera la persona que adquirió el derecho de cobrar el Fondo Universitario (Contratante, Beneficiario o Beneficiario Contingente) según lo indicado en los párrafos anteriores, las Anualidades se continuarán pagando a los herederos legales del Contratante, de acuerdo al orden de prelación y disposiciones establecidas en el Código Civil, en las fechas establecidas en las Condiciones Particulares.

Para cualquiera de los casos antes mencionados, de la liquidación de esta póliza se deducirá cualquier deuda que el Contratante tuviera con La Compañía, en relación a este seguro.

El Fondo Universitario, el número y monto de las Anualidades, el interés garantizado, así como la fecha y hora que entra en vigencia la póliza se encuentran indicados en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 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.

ARTICULO Nº 20 COMUNICACION 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 u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al último domicilio del Contratante o Asegurado, en su caso, 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 Nº 21: PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS

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

El área de Atención al Cliente se encarga de atender los reclamos.

Centros de Atención al Cliente

Lima

San Isidro

Av. Paseo de la República 3071

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

Fax: 611-9255

Correo electrónico: servicios@interseguro.com.pe

Página web: www.interseguro.com.pe

Arequipa

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

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

ARTÍCULO Nº 22: 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 discrepancia 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.