



CONDICIONES GENERALES

**PROTECCIÓN DÉBITO
CÓDIGO SBS RG2025700099**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

PROTECCIÓN DÉBITO CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES

Para efectos de la presente Póliza y de acuerdo a lo convenido entre las partes el significado de los términos que más adelante se indican es el siguiente:

Accidente: Para los efectos de esta Póliza, se entiende por accidente todo suceso violento, imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión revelados por los exámenes correspondientes.

Además se extiende la definición, a la asfixia e intoxicación por vapores o gases o cualquier sustancia análoga, o por inmersión y por obstrucción y la electrocución. Adicionalmente, las consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa, causada por un accidente cubierto por la presente póliza.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, desordenes cerebrovasculares, enfermedades cerebrovasculares, accidentes cerebrovasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

Asegurado: Es la persona que es cliente del Contratante en calidad de titular de una tarjeta de débito que se encuentra bajo la cobertura de la presente Póliza.

Beneficiarios: Para las coberturas que incluyen fallecimiento los beneficiarios son los herederos legales según las normas sucesorias. Para las demás coberturas, el beneficiario es el propio asegurado.

Cáncer: La enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo entre otras la enfermedad de hodgkins, leucemia carcinoma "insitu".

Este seguro ampara cualquier tipo de cáncer con excepción de:

- **Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.**
- **Cáncer Cervico-Uterino in situ.**
- **Cáncer preexistente**

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

Contratante: Entidad financiera señalada en las condiciones particulares, cuyos clientes de tarjeta de débito, cuentas de ahorro o cuentas corrientes pueden acceder al presente seguro.

Comercializador: Persona Jurídica con la que La Compañía celebra un contrato de comercialización con el objeto de que este se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros.

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 en el cual se indican: 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, forma de pago de primas, vigencia del contrato, entre otros.

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.

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.

Fallecimiento Accidental: Aquella producida por la acción violenta, imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre el Asegurado independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

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

Hospitalización: Comienza en la fecha de ingreso del Asegurado a un hospital o clínica privada debidamente autorizada y reconocida por el Ministerio de Salud con una permanencia mínima de 24 Horas, y termina el día que el Asegurado es dado de alta en dicha institución.

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.

Prima Comercial: Es el valor determinado por La Compañía, como contraprestación por la cobertura de seguro contratada. 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 Compañía.

Robo y/o asalto y/o secuestro: A efectos de la presente póliza y su cobertura, se entenderá como tal al apoderamiento ilegítimo de la(s) tarjeta(s) de débito del Asegurado para aprovecharse de ella(s), sustrayéndola(s) del lugar en que se encuentran empleando violencia contra la persona del Asegurado, amenazándolo con un peligro inminente para su vida o integridad física sea con armas o no y/o privando o restringiendo la libertad del Asegurado con tales fines.

Saldo Promedio: Se calcula en base a la fecha de ocurrencia del siniestro, y se considera el saldo de los últimos seis meses.

Solicitud - Certificado de Seguro: Documento que contiene la solicitud, certificado y resumen de la Póliza. La Solicitud-Certificado se emite en caso de los seguros de grupo o colectivos, vinculado a una Póliza de seguro determinada, y que contiene la información mínima sobre las condiciones de aseguramiento, así como la descripción del Asegurado, y prima pactada, conforme a las disposiciones de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

ARTÍCULO Nº 2: COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Las coberturas y sumas aseguradas a las que puede acceder el Asegurado dependiendo del plan elegido se detallan a continuación:

1. Indemnización por robo y/o asalto y/o secuestro:

Se cubre al Asegurado por robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta de débito, siempre que ésta haya sido obtenida en forma ilícita y mediando la fuerza, hasta el monto máximo señalado en la Solicitud - Certificado de Seguro y las Condiciones Particulares de la Póliza.

Son materia de cobertura solo los usos indebidos desde la hora que figura en la denuncia correspondiente hasta por un máximo de 4 horas o hasta el momento del bloqueo de la tarjeta de débito, si se hubiera producido el bloqueo de la tarjeta dentro de las 4 horas de ocurrido el siniestro, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso deberán acreditarlo con la documentación correspondiente. Se entenderá como usos indebidos aquellos usos de las tarjetas cuyos movimientos no son reconocidos por el Asegurado.

2. Fallecimiento accidental a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro:

Si la lesión al Asegurado al producirse el robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta de débito asegurada causara el fallecimiento del Asegurado, se indemnizará a los herederos legales hasta el beneficio máximo señalado en la Solicitud - Certificado de Seguro y las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. Gastos médicos por hospitalización a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro:

Si las lesiones sufridas por el Asegurado, a consecuencia de un robo y/o asalto y/o secuestro, hace necesario incurrir en gastos de hospitalización, La Compañía reembolsará los gastos por concepto del tratamiento médico necesario, incluyendo medicinas y exámenes especializados; lo cual implica que se le reembolse hasta por un lapso de veintinueve (29) días, en exceso del primer (1) día de ocurrido el hecho. Dichos gastos no excederán el monto máximo establecido en la Solicitud - Certificado de Seguro y las Condiciones Particulares de la Póliza.

4. Gastos extraordinarios para la obtención de duplicado de documentos robados:

Si en el robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta de débito asegurada sustraen documentos personales del Asegurado, La Compañía indemnizará hasta por el monto máximo establecido en la Solicitud - Certificado de Seguro y las Condiciones Particulares de la Póliza. El beneficio se pagará contra los documentos que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos.

5. Fallecimiento Natural:

En caso del fallecimiento del Asegurado por causas no accidentales y que la causa no se encuentre incluida dentro de las exclusiones establecidas en el Artículo N° 3, La Compañía pagará al (los) Beneficiario(s) el Capital Asegurado especificado en las Condiciones particulares y en la Solicitud-Certificado, en función al Plan Contratado.

6. Fallecimiento Accidental:

En virtud de esta cobertura La Compañía pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado especificado en las Condiciones particulares y la Solicitud-Certificado en función al Plan Contratado, después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del Asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante

la vigencia de la Póliza. Para estos efectos, se entenderá como fallecimiento inmediato aquél que ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

Las coberturas de Fallecimiento Natural y Fallecimiento Accidental no son acumulativas.

La cobertura de Fallecimiento Accidental es excluyente de la cobertura de fallecimiento accidental por robo y/o asalto y/o secuestro.

7. Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad:

La Compañía pagará al (los) Beneficiario(s) el Capital Asegurado, en función al Plan Contratado, si durante la vigencia de la Póliza el Asegurado sufre un accidente, cuya causa no se encuentre incluida dentro de las exclusiones, que le produzca cualquiera de los siguientes estados:

- Estado absoluto e incurable de alineación mental o descerebramiento que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida, o
- Fractura incurable de la columna vertebral que determine una Invalidez Total y Permanente, o
- La pérdida completa de visión de ambos ojos, o
- La pérdida completa de ambos brazos o ambas manos, o
- La pérdida completa de ambas piernas o ambos pies, o
- La pérdida completa de una mano y un pie

Se entiende por pérdida completa la amputación o inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativo por Invalidez Permanente por accidente o enfermedad y Fallecimiento Natural o Fallecimiento Accidental. Por consiguiente, si el fallecimiento ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Permanente por accidente o enfermedad, se deducirá del beneficio por Fallecimiento Accidental o Fallecimiento Natural, el beneficio que se hubiere pagado por la Invalidez Permanente por accidente o enfermedad.

Se considerará que la invalidez es total y permanente cuando el Asegurado, antes de cumplir la edad límite de permanencia señalada en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, sufra una pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que le produzca un menoscabo de por lo menos dos terceras (2/3) partes de su capacidad física de trabajo. La cobertura comprenderá la invalidez derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato que se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al siniestro.

Para determinar fehacientemente que la invalidez es total y permanente, el Asegurado deberá contar con información médica que sustente la condición de su invalidez, emitida conforme a la "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de

Pensiones, regulado por el Decreto Ley N° 25897 y sus normas modificatorias o complementarias.

Asimismo, se define capacidad de trabajo, como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para lo cual esté razonablemente preparado de acuerdo a su educación, capacitación o experiencia.

8. Renta Alimenticia por Fallecimiento:

Al fallecimiento del Asegurado, La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura dividida en doce (12) cuotas mensuales. La suma asegurada se encuentra establecida en el Condicionado Particular y en la Solicitud – Certificado.

9. Indemnización por diagnóstico de Cáncer:

La Compañía otorgará el beneficio establecido para esta cobertura, de acuerdo al Plan elegido, si al Asegurado se le diagnostica clínicamente el Cáncer, La Compañía pagará al Asegurado, por una única vez, la cantidad determinada de acuerdo al Plan elegido.

La indemnización cubierta se pagará siempre que:

- Al Asegurado le sea diagnosticado Cáncer, como se define en esta Póliza y sea por primera vez.
- Que la Póliza haya estado en vigor por lo menos ciento ochenta (180) días.

ARTÍCULO Nº 3: EXCLUSIONES

Este seguro no cubre lo siguiente:

- (i) **Tarjetas "corporate" o "lodge".**
- (ii) **Robo y/o asalto y/o secuestro, así como gastos médicos o fallecimiento accidental como consecuencia del Robo y/o asalto y/o secuestro, cuando el evento sea imputable a una persona con quien el Asegurado tenga una relación dentro del cuarto grado de consanguinidad y primero de afinidad.**
- (iii) **Actos delictivos o cualquier intento de cometerlos por parte del Asegurado.**
- (iv) **El hecho de que el Asegurado este voluntariamente bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sea recetado por un médico, al momento de la ocurrencia del robo y/o asalto y/o secuestro. Asimismo, el estado de embriaguez o drogadicción del Asegurado, salvo se compruebe que fue inducido por el delincuente para facilitar el robo y/o asalto y/o secuestro. 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; según se determine por el dosaje etílico o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.**
- (v) **Guerra, invasión, actos enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder**

- militar usurpado. Utilización de armas nucleares, químicas o biológicas de destrucción masiva como quiera que fueran distribuidas o combinadas.
- (vi) Cualquier acto intencional por parte de un beneficiario del Asegurado o persona que habita la casa del Asegurado que ocasiona lesión corporal o amenaza con ocasionar lesión corporal al Asegurado, incluyendo actos realizados en defensa propia o en la defensa de un tercero Se considera intencional cualquier lesión a consecuencia de una arma de fuego o punzo cortante o cualquier otro instrumento letal, que ocurre durante dicho acto.
 - (vii) Motín o remoción del gobierno legalmente constituido o conmoción civil adquiriendo las proporciones de levantamiento o explosión de armas de guerra o actividades terroristas.
 - (viii) Que el Asegurado emprenda o tome parte en operación o servicios navales, militares o de la fuerza aérea.
 - (ix) El suicidio, intento de suicidio o lesiones intencionales auto inflingidas o que el Asegurado se encuentre en estado de insania, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro o desde la rehabilitación de la Póliza.
 - (x) Uso indebido de páginas web falsas o simuladas del Contratante (Homebanking).
 - (xi) Uso Indebido fuera del territorio Nacional.
 - (xii) Hernia, independientemente de la causa.
 - (xiii) El uso de la tarjeta por cualquier persona que no sea el Asegurado, contando con el consentimiento voluntario del mismo.
 - (xiv) Cualquier costo, cargo o gasto del banco o institución financiera similar o del Asegurado para establecer la existencia o el monto de la pérdida o que sean incurridos en razón de cualquier procedimiento legal que surja como consecuencia de cualquier incidente.
 - (xv) Efectivo que quedó desatendido en un lugar público o robo en automotores desatendidos.
 - (xvi) Cualquier pérdida que no esté relacionada a la cobertura de Robo y/o Asalto y/o Secuestro.
 - (xvii) Uso de cualquier tarjeta corporativa o de otro tipo cuyo uso no está restringido a un tenedor de tarjeta.
 - (xviii) Bajo los términos del amparo de robo y/o asalto y/o secuestro, no se reembolsará al Asegurado por la perdida de cualquier otro instrumento negociable, incluyendo cheques de viajero, como tampoco cualquier otro dinero en la posesión del Asegurado en el momento de ocurrir el robo y/o asalto y/o secuestro.
 - (xix) Servicios o tratamientos prestados por cualquier persona contratada por el tomador.
 - (xx) Procedimientos médicos experimentales, aquellos aprobados por las Guías Prácticas Clínicas reconocidas.
 - (xxi) Cirugía cosmética o procedimientos cosméticos, a excepción de cirugía reconstructiva para la corrección de un desorden físico.
 - (xxii) Hurto o pérdida de la tarjeta.

- (xxiii) Usos indebidos que se produzcan más de 4 horas después de la hora del siniestro, según figure en la denuncia policial, salvo que el Asegurado haya bloqueado la tarjeta en este lapso.
- (xxiv) Daños o pérdidas o responsabilidades relacionadas con fallas en el reconocimiento electrónico de fechas. Cuando el fallecimiento sea a consecuencia de embriaguez, bajo la influencia de drogas o en estado de sonambulismo. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/litro de alcohol en la sangre; según se determine por el dosaje etílico o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.
- (xxv) Participación 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.
- (xxvi) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
- (xxvii) Pandemias.
- (xxviii) El de practicar o hacer uso de la aviación, salvo cuando el Asegurado viaje como pasajero en transporte aéreo de servicio público autorizado; y el de intervenir en viajes submarinos.
- (xxix) Enfermedades preexistentes.
- (xxx) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de Inmunodeficiencia.
- (xxxii) Medicina complementaria, alternativo y/o tradicional.

No procederá ningún reembolso bajo los términos de cualquier amparo otorgado por esta Póliza, si es que no se ha efectuado la correspondiente verificación por escrito de la pérdida, incluyendo, sin limitación, un acta levantada ante la Policía dentro del transcurso de las 24 horas después de ocurrir el incidente, así como un registro en donde se documentan la fecha, hora y el monto de la compra, así como el nombre de la(s) persona(s) autorizada(s) a tener acceso a compras mediante el uso de la tarjeta de débito asegurada.

ARTÍCULO N° 4: INICIO DE LA COBERTURA

La vigencia y la cobertura del seguro se iniciará desde las 24:00 horas de firmada la solicitud-certificado de seguro, siempre que el Asegurado no haya mentado, distorsionado, omitido u ocultado información que le haya sido solicitada o requerida al momento de su afiliación.

ARTÍCULO N° 5: CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de cuarenta y cinco (45) días pueda analizar los mismos y tomar una decisión al

respecto. La aprobación del Contratante será de forma previa a su aplicación y por escrito. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado.

La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

ARTÍCULO Nº 6: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el Asegurado recibe la Solicitud - Certificado de Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, comunicando su decisión a 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, no sujeta a penalidad alguna.

ARTICULO Nº 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 Nº 8: CAUSALES DE RESOLUCION DEL CONTRATO Y LA SOLICITUD-CERTIFICADO

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

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante o La Compañía, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 17.
- b. 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 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 treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.

La Solicitud-Certificado del Seguro quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Cuando se reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo Nº 9.

- b. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado o La Compañía, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 17.
- c. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12.
- d. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver la Solicitud-Certificado. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.
- e. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado 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. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En caso La Compañía, el Contratante o Asegurado optase por la resolución sin expresión de causa del Contrato o Solicitud-Certificado, respectivamente, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado. La devolución de la prima se realizará en forma directa por La Compañía, en el caso del Contratante, o a través del Contratante, en el caso del Asegurado.

En los demás casos mencionados, tanto respecto de la póliza como de la Solicitud-Certificado, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada deduciendo los gastos administrativos correspondientes, los mismos que serán debidamente sustentados. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del Contratante.

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° 9: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

9.1 En caso de robo y/o asalto y/o secuestro:

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía o al Contratante dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro. Posteriormente, para la solicitud de cobertura se deberá:

- (i) Bloquear de inmediato la tarjeta sustraída, mediante la llamada a la central del Banco, y obtener el código de bloqueo correspondiente dentro de un plazo no mayor de cuatro (4) horas.

- (ii) Presentar la denuncia policial, en la delegación donde se dieron los hechos dentro de un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas.
- (iii) El Asegurado o la persona que está actuando en su representación deberá acercarse al Contratante con:
 - a. Copia de la denuncia policial (realizada en un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas de ocurrido el siniestro)
 - b. Fotocopia del Documento de Identidad del Titular de la tarjeta de débito.
 - c. Informe escrito emitido por el Banco respecto a la reclamación indicando el monto de las compras realizadas indebidamente.

9.2 En caso de fallecimiento a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro.

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía o al Contratante dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Posteriormente, para la solicitud de cobertura el beneficiario o la persona que esta actuando en su representación debe acercarse con los siguientes documentos:

- a. Carta simple dirigida a La Compañía.
- b. Copia de la denuncia policial (realizada en un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas de ocurrido el siniestro).
- c. Original o copia legalizada del Certificado médico de defunción.
- d. Original o copia legalizada de la Partida de defunción.
- e. Original o copia legalizada del atestado policial completo, en caso corresponda.
- f. Original o copia legalizada del protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.

9.3 En caso de gastos médicos por hospitalización a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro en exceso del primer (1) día de ocurrido el hecho, el mismo que consiste en un deducible:

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía o al Contratante dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Posteriormente, para la solicitud de cobertura:

El Asegurado pagará el importe de los gastos de la clínica, y presentará el original de facturas de gastos médicos a La Compañía, que reembolsará por concepto del tratamiento médico necesario incluyendo medicinas y exámenes especializados, según lo establecido en las Condiciones Particulares. Los gastos por hospitalización no excederán el monto señalado en las Condiciones Particulares y Solicitud - Certificado de Seguro.

9.4 En caso de gastos extraordinarios para la obtención de duplicado de documentos robados:

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía o al Contratante dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro. Posteriormente, para la solicitud de cobertura el Asegurado o la persona que está actuando en su representación debe dejar una carta simple dirigida a La Compañía adjuntando la copia de la denuncia policial y los documentos que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos.

9.5 Fallecimiento Natural:

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía o al Contratante dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Posteriormente, para la solicitud de cobertura, los Beneficiarios podrán exigir el pago del monto asegurado presentando el original o copia legalizada de los siguientes documentos:

- a) Partida y Certificado Médico de Defunción del Asegurado.**
- b) Partida de nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.**
- c) Documento de Identidad del Beneficiario.**

9.6 Fallecimiento Accidental:

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito a La Compañía o al Contratante dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura, adicionalmente a los requisitos señalados en el Numeral 9.5. anterior, en caso de Fallecimiento Accidental se deberá presentar original o copia legalizada de lo siguiente:

- a) Atestado policial completo, en caso corresponda.**
- b) Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.**
- c) Resultado de examen de dosaje etílico, en caso corresponda.**
- d) Resultado del examen toxicológico, en caso corresponda.**

9.7 Renta Alimenticia por Fallecimiento:

Para proceder al cobro de este beneficio en caso de Fallecimiento Natural o Fallecimiento Accidental se presentarán los documentos señalados en los puntos 9.5 ó 9.6 del presente Artículo, según sea el caso, por los beneficiarios a La Compañía mediante una carta simple. Asimismo, se deberá adjuntar copia legalizada del asiento registral de la declaratoria de herederos.

El aviso del siniestro y la solicitud de las coberturas deberán realizarse por escrito a los

Centros de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador.

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, para consentir, aprobar o rechazar el siniestro, lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

En la presente póliza, entiéndase que la “copia legalizada” hace referencia a la certificación de reproducción notarial, de conformidad con el Artículo N° 110 del Decreto Legislativo N° 1049.

ARTÍCULO N° 10: DECLARACIONES

La presente Póliza tiene como base las declaraciones efectuadas por el Asegurado y/o representante en la solicitud – certificado del seguro, las cuales se considerarán incorporadas en su totalidad a la póliza, conjuntamente con cualquier declaración adicional realizada para la apreciación del riesgo.

ARTÍCULO N° 11: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital o suma asegurada, el monto de la prima y demás valores de este Contrato se expresarán en dólares americanos, o en moneda nacional según se especifique en las Condiciones Particulares y la Solicitud-Certificado.

ARTÍCULO N° 12: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

Las primas serán pagadas por el Asegurado a La Compañía de acuerdo a lo señalado por la Solicitud - Certificado de seguro.

El monto de la prima, y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza y se consignan en la Solicitud - Certificado de Seguro respectivo.

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 Asegurado y al Contratante, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo con el que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. 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 o de la Solicitud-Certificado, según corresponda, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias.

Se considerará resuelto el contrato de seguro o la Solicitud-Certificado, según corresponda, 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 la Solicitud-Certificado queda extinguida sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía.

Sea que la Solicitud-Certificado quede resuelta o extinguida 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.

Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Cliente o Contratante a alguna empresa financiera, en caso que este seguro se comercialice a través de ella tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía

ARTÍCULO Nº 13: DEDUCIBLE

Para el caso de gastos por hospitalización, el Asegurado asumirá el pago correspondiente al primer (1) día de hospitalización.

ARTÍCULO Nº 14: IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos que se establezcan por ley en el futuro sobre las primas, intereses o cualquier otra base y que afectaran el presente contrato serán de cargo del Contratante, del Asegurado o del Beneficiario, según sea el caso, salvo que por ley expresa fuesen de cargo de La Compañía.

ARTÍCULO Nº 15: RECLAMACION FRAUDULENTA

En caso, el Contratante, Asegurado, Beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura será de aplicación el Artículo Nº 8, quedando resuelta la Solicitud-Certificado del Seguro. Para ello la Compañía, al momento de detectar la ocurrencia de los supuestos antes mencionados, mediante carta formal comunicará al Contratante y Asegurado o Beneficiarios su decisión de resolver la relación contractual en virtud de lo aquí establecido.

ARTÍCULO Nº 16: NULIDAD DEL CONTRATO

La Póliza de seguro o, en su caso, la Solicitud-Certificado del seguro, serán nulos por causal existente al momento de su celebración, es decir, que no tendrá 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 su celebración del contrato se había producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca. Es importante señalar que este supuesto es aplicable para la cobertura de Fallecimiento y Fallecimiento Accidental.

(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 cuales serán debidamente sustentados.

Para todas las causales, 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 Asegurado, por concepto de penalidad, perderá todo derecho sobre las primas pagadas a La Compañía para el primer (1) año de vigencia de la relación contractual, quien tiene derecho al cobro de las mismas a título indemnizatorio. Para las demás causales, La Compañía realizará la devolución de las primas dentro del plazo de treinta (30) días.

Si el Contratante, Asegurado 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. Los gastos serán debidamente sustentados.

ARTÍCULO N° 17: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

El Contratante o La Compañía podrán solicitar la resolución sin expresión de causa del presente contrato, para lo cual podrá notificar dicha decisión a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación:

- a. Carta de resolución sin expresión de causa debidamente suscrita.
- b. Ficha RUC de la empresa.
- c. Copia Literal de los Poderes que acrediten al Representante del Contratante como tal, así como las facultades expresas para la resolución de vínculos contractuales.
- d. Copia del documento de identidad de la persona que suscribe la Carta de resolución sin expresión de causa.

Asimismo, cualquier Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa de su afiliación al contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación:

- a. Carta dirigida al Contratante o a La Compañía en la que se manifieste expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.
- b. Original y copia del Documento Nacional de Identidad.

Dicho trámite podrá efectuarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, en los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.com.pe), en el domicilio del Contratante o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante o el Asegurado tuviesen 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, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

ARTICULO N° 18: DETERMINACION DE LA COBERTURA

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

1. **Para el consentimiento expreso, una vez que el Asegurado o Beneficiarios hayan presentado todos los documentos requeridos en la presente póliza, siempre y cuando de dichos documentos se desprenda que el siniestro se encuentra bajo la cobertura del presente seguro, la póliza se encuentre vigente y no se encuentre**

dentro de las exclusiones del mismo. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento aprobatorio respecto a la documentación presentada.

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 Asegurado, dentro del plazo inicial de 30 días la ampliación de dicho plazo. Si el Asegurado 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 consentido el mismo, la obligación de pagar el capital será cumplida por La Compañía de acuerdo a lo pactado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado 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.

ARTÍCULO Nº 19: SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS

Pagada la indemnización, La Compañía se subrogará en todos los derechos del Asegurado contra los responsables del siniestro, hasta el límite del importe de la indemnización pagada.

En virtud del derecho de subrogación, La Compañía, con el objeto de materializar dicha recuperación, queda autorizada para interponer directamente las acciones legales contra los terceros causantes del daño.

De igual forma podrán hacerlo con el Asegurado si éste, violando el derecho de subrogación que le asiste a La Compañía, haya cobrado para sí directamente dichos pagos.

Para el ejercicio de este derecho, el Asegurado se compromete a lo siguiente:

- (i) Firmar el recibo de indemnización respectivo y subrogar a La Compañía en todos y cada uno de los derechos que por tal razón pudieran corresponderle.
- (ii) No tomar ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados.
- (iii) Cooperar y asistir a La Compañía en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de la indemnización efectuada.

En caso de concurrencia de la Compañía y el Asegurado frente al responsable del siniestro, la reparación que se obtenga se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

Los gastos y costos de la reclamación conjunta serán soportados igualmente en proporción al interés reclamado.

El Asegurado es responsable de los perjuicios que, por acción u omisión antes o después del siniestro, haya causado el derecho de subrogación de la Compañía y, además, está obligado a facilitar a la Compañía el ejercicio de tal derecho.

Asimismo, en caso de que el Asegurado gozara de otro u otros seguros que cubran los mismos riesgos, los importes a cubrir por La Compañía serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder el 100% del gasto reconocido.

ARTÍCULO N° 20: RENOVACIÓN DEL SEGURO

La Compañía renovará automáticamente esta Póliza, finalizada su vigencia por un periodo igual al inicialmente contratado, salvo que el Contratante manifieste por escrito su decisión de no renovar la misma con treinta (30) días de anticipación a su vencimiento. Si correspondiera modificar el monto de la prima de renovación, este nuevo monto deberá ser informado por escrito por La Compañía al Contratante con cuarenta y cinco (45) días de anticipación del vencimiento. El Contratante tendrá un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo. En caso de silencio del Contratante, se entenderá que aprueba la modificación.

La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al contratante y este deberá poner en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en caracteres destacados.

ARTÍCULO N° 21: 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 contractual del Contratante o Asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza y en la Solicitud - Certificado de Seguro.

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

Las comunicaciones cursadas por el Asegurado a la empresa financiera que comercialice este seguro, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía.

El Contratante será el encargado de comunicar al Asegurado sobre la resolución de la póliza o la Solicitud-Certificado, cuando ésta opere a solicitud del Contratante o de La Compañía. En el caso de la suspensión y posterior resolución por falta de pago de prima, La Compañía comunicará la resolución al Asegurado. Para las causales de resolución de la Solicitud-Certificado señaladas en los literales a), d) y e) del Artículo N° 8, La Compañía comunicará la resolución al Asegurado y posteriormente se pondrá en conocimiento al Contratante.

ARTÍCULO Nº 22: COPIA DE LA POLIZA

El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la Póliza a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios desde la fecha de recepción de la solicitud.

ARTÍCULO Nº 23: 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 es la encargada de atender los reclamos.
Centros de Atención al Cliente

Lima
San Isidro
Av. Paseo de la República N° 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
Umacollo
Av. Víctor Andrés Belaunde Mz. B Lote 3
Teléfono: (054) 603101

ARTÍCULO Nº 24: 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.defaseq.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.