



**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE PROTECCIÓN TOTAL
CÓDIGO SBS VI2027100107**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE PROTECCIÓN TOTAL

ARTICULO Nº 1: DEFINICIONES

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

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

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.

Accidente de Tránsito Terrestre: Se entiende por accidente de tránsito, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento en el que participa un vehículo automotor en marcha o en reposo en una vía terrestre de uso público, como consecuencia del cual se producen daños corpóreos a las personas involucradas en dicho evento, sean ocupantes o terceros no ocupantes del vehículo, ocasionándoles una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

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 las Condiciones Particulares o mediante endoso si la modificación es posterior.

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.

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, 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 Terminal: Enfermedad que por lo avanzado de la misma el asegurado solo sea tributario de tratamiento paliativo contados a partir de la fecha del diagnóstico. Para efectos de ésta cobertura sólo se consideraran las siguientes enfermedades:

- a) **Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolada de células malignas e Invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida. El término cáncer también incluye las leucemias y las enfermedades malignas del sistema linfático como la Enfermedad de Hodgkin.

Se excluyen:

- . **Cualquier etapa NIC (neoplasia intraepitelial cervical)**
- . **Cualquier tumor pre-maligno**
- . **Cualquier cáncer no invasivo (cáncer in situ)**
- . **El cáncer de próstata en estadio 1 (T1a, 1b, 1c)**

- . **Carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas**
- . **Melanoma maligno estadio IA (T1a N0 M0)**
- . **Cualquier tumor maligno en presencia de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana.**

b) **Ataque al corazón (Infarto del Miocardio):** Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los criterios siguientes:

- a) Una historia de dolor torácico típico
- b) Nuevos cambios característicos de infarto en el Electrocardiograma
- c) Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otro marcadores bioquímicos.

Se excluyen:

- **El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T.**
- **Otros síndromes Coronarios Agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable).**

c) Infarto de miocardio silente

d) **Derrame e Infarto cerebral:** Cualquier incidente cerebro-vascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en la TAC (tomografía axial computarizada) de cerebro y RNM (Resonancia Nuclear Magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses a contar de la fecha de diagnóstico.

Se excluyen:

- . **Accidentes isquémicos transitorios (TIA)**
- . **Lesiones traumáticas del cerebro**
- . **Síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).**
- . **Infartos lacunares sin déficit neurológico.**

e) **Cirugía de Arterias coronarias puente aorto coronario (bypass):** La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arterial coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Se excluyen:

- . **La angioplastia coronaria**
- . **Cualquier otro procedimiento intra-arterial**
- . **Cirugía por toracotomía mínima.**

f) **Falla Renal (Enfermedad renal en etapa final):** Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, como resultado de lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) ó requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista.

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 Anual sea pagada de acuerdo los periodos establecidos por el Asegurado en las Condiciones Particulares.

Fallecimiento Accidental: Aquella producida por la acción imprevista, violenta, 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 el Asegurador incurre al vender y administrar la Póliza.

Interés Asegurable: Es aquel interés que tiene el Asegurado de que siniestro no se produzca debido a la pérdida económica que él mismo y/o los beneficiarios del seguro sufrirían como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro.

Período de carencia: Periodo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia de la póliza y aquella en que entra en vigor la cobertura.

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 y solicitud del seguro. En él se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.

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.

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.

Trabajador Dependiente: Aquel que presta servicios o desempeña funciones para un empleador con un contrato verbal o escrito, a tiempo completo, bajo vínculo laboral representado en un Contrato de Trabajo y/o en la Declaración de Trabajadores de su empleador (planilla).

ARTÍCULO N° 2: COBERTURA

La presente póliza otorga las siguientes coberturas al Asegurado:

a) 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.

La Compañía deducirá de la Cobertura de Fallecimiento Natural, el beneficio que hubiera pagado por la Cobertura de Adelanto por Enfermedad Terminal, de ser el caso.

b) Fallecimiento Accidental:

En virtud de esta cobertura, La Compañía pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado especificado en las Condiciones Particulares, siempre que el fallecimiento del Asegurado se haya producido 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 noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

c) Fallecimiento por Accidente de Tránsito Terrestre:

En virtud de esta cobertura, La Compañía pagará a los Beneficiarios el capital especificado en las Condiciones Particulares, si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente de tránsito terrestre ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de La Compañía que el fallecimiento sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente de tránsito terrestre.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente de tránsito.

d) Invalidez Accidental Total y Permanente:

La Compañía pagará a los Beneficiarios el capital establecido para esta cobertura en las Condiciones Particulares, 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:

- a) Estado absoluto e incurable de alienación mental o descerebración que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida, o
- b) Traumatismo Vertebromedular (Fractura incurable de la columna vertebral) que determine una invalidez total y permanente, o
- c) La pérdida completa de visión de ambos ojos, o
- d) La pérdida completa de ambos brazos o ambas manos, o
- e) La pérdida completa de ambas piernas o ambos pies, o
- f) 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 de las coberturas por Invalidez Accidental Total y Permanente y Fallecimiento Accidental o Fallecimiento por Accidente de Tránsito Terrestre. Por consiguiente, si el fallecimiento ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Accidental Total y Permanente, se deducirá del beneficio por Fallecimiento Accidental o Fallecimiento por Accidente de Tránsito Terrestre, el beneficio que se hubiere pagado por la Invalidez Accidental Total y Permanente.

e) Desamparo Familiar súbito:

Si en un mismo accidente fallece el Asegurado y su cónyuge o concubino, según definición del artículo 326° del Código Civil, y en tanto sobrevivan uno o más hijos de ambos menores de dieciocho (18) años de edad a la fecha del fallecimiento, se pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares, de acuerdo al plan elegido por el Asegurado.

f) Renta Familiar Mensual por Fallecimiento Accidental:

De proceder el pago de la cobertura por Fallecimiento Accidental o Fallecimiento por Accidente de Tránsito Terrestre, La Compañía pagará durante un período de dieciocho (18) meses, el beneficio establecido en las Condiciones Particulares para la cobertura de Renta Familiar por Fallecimiento Accidental, de acuerdo al plan elegido por el Asegurado.

Este beneficio es adicional a la cobertura de Fallecimiento Accidental o Fallecimiento por Accidente de Tránsito Terrestre estipulada en la presente Póliza.

g) Adelanto por Enfermedad Terminal:

La Compañía otorgará el beneficio establecido para esta cobertura, de acuerdo al plan elegido por el Asegurado y especificado en las Condiciones Particulares, si al Asegurado se le diagnostica alguna de las enfermedades terminales definidas en el artículo N° 1 de estas Condiciones Generales, siempre que tal diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez estando la Póliza vigente, luego de transcurridos noventa (90) días desde la incorporación del Asegurado a ésta Póliza.

El pago de esta cobertura se efectuará por una sola enfermedad terminal, independientemente del número de otras enfermedades terminales diagnosticadas al Asegurado en la misma o en distintas fechas.

El beneficio otorgado constituirá un pago a cuenta del beneficio de Fallecimiento Natural, sin que su pago obligue a la Compañía al pago de la Cobertura por Fallecimiento Natural, Fallecimiento Accidental o Fallecimiento por Accidente de Tránsito Terrestre si es que el mismo, luego de la evaluación, recae bajo los alcances de los riesgos excluidos.

El diagnóstico para esta cobertura debe ser realizado por un médico especialista colegiado y elegido por La Compañía, así también deberá establecerse con certeza

médica que el Asegurado padece una (1) de las cinco (5) enfermedades terminales definidas en el artículo N° 1 de la presente Póliza.

h) Gastos de Sepelio:

De proceder el pago de alguna de las Coberturas por Fallecimiento, La Compañía pagará adicionalmente, el beneficio establecido para esta cobertura especificado en las Condiciones Particulares de acuerdo al plan elegido por el Asegurado.

l) Incapacidad para el trabajo:

La Compañía otorgará el beneficio establecido para esta cobertura, especificado en las Condiciones Particulares, al Asegurado, que sea trabajador dependiente que estando incapacitado para el trabajo hubiere superado el límite máximo de subsidios de Essalud (11 meses y 10 días) en un período ininterrumpido, y siempre que la enfermedad o accidente que motive el período de subsidio se hubiera diagnosticado o producido con posterioridad a la presentación de la solicitud de seguro y la causa de la incapacidad para el trabajo no se encuentre dentro de las exclusiones de la Póliza.

Ésta cobertura se otorgará contra entrega y evaluación de copias de las constancias de subsidio de Essalud.

En caso el plan sea familiar el seguro cubre al Asegurado, a su cónyuge hasta antes de cumplir los 65 años de edad y a los hijos desde los tres (03) meses hasta antes de cumplir dieciocho (18) años. En caso los hijos estén estudiando la cobertura se extenderá hasta antes de cumplir los veinticuatro (24) años.

La cónyuge y/o hijo(s) solo tendrán derecho a solicitar el beneficio de una de las coberturas otorgadas por la presente póliza salvo en el caso de la cobertura de Adelanto por Enfermedad Terminal.

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.

ARTÍCULO N° 3: EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo asegurados de fallecimiento natural, fallecimiento accidental, fallecimiento por accidente de tránsito terrestre, invalidez total y permanente ni incapacidad para el trabajo del Asegurado si éste fuere causado por:

- 1. Suicidio, intento de suicidio, o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro o desde la rehabilitación de la Póliza.**
- 2. Pena de muerte o muerte producida por la participación activa del asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.**
- 3. Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o partícipe, por uno o más Beneficiarios o por quienes pudieren reclamar la suma asegurada, sin perjuicio del derecho que le asiste a los demás beneficiarios no partícipes de dicho acto, de reclamar el porcentaje o alícuota correspondiente de la suma asegurada.**

4. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, 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, 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.
6. Participación en pleitos, grescas, peleas, agresiones físicas, en forma individual y/o conjunta, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se trató de un acto de legítima defensa. En caso no se emita sentencia, el análisis de realizará en función del atestado policial y de ser el caso, cualquier otro documento que esclarezca los hechos.
7. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
8. Practicar o hacer uso de la aviación, salvo cuando el asegurado viaje como pasajero en transporte aéreo comercial legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular; o intervenir en viajes submarinos.
9. Uso de estupefacientes, a menos que hubiesen sido administrados por prescripción médica.
10. Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.
11. Consecuencia de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de este seguro.
12. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la Escala Modificada de Mercalli, determinado por el Instituto Geofísico del Perú o por el servicio que en el futuro lo reemplace.
13. 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 éste 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/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.
14. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
15. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y toda enfermedad adquirida a consecuencia del estado de inmunodeficiencia.

ARTÍCULO N° 4: CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

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

ARTÍCULO Nº 5: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el Contratante recibe la póliza, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, comunicando su decisión al Centro de Atención al Cliente de La Compañía, a las oficinas del comercializador o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. La Compañía, devolverá la prima recibida la misma que no está sujeta a penalidad alguna.

ARTÍCULO Nº 6: DISPOSICIONES GENERALES

Este Contrato sólo podrá ser suscrito o modificado a nombre de la Compañía por sus representantes autorizados. La Compañía no será responsable por ninguna promesa o declaración hecha o que en el futuro hiciera cualquier otra persona distinta de las expresadas.

ARTÍCULO Nº 7: PERIODO DE CARENCIA

En el caso de la Cobertura de Adelanto por Enfermedad Terminal, existe un período de carencia de noventa (90) días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO Nº 8: 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 falleciera estando esta Póliza en vigencia, se producirá la terminación del contrato, a menos que el Asegurado, si fuese persona distinta, se hiciera cargo de sus obligaciones antes de que se produzca la resolución del contrato o la extinción del mismo por falta de pago, conforme lo dispuesto en el Artículo Nº 13 de este Condicionado General y en tal caso ejercerá también lo derechos, facultades y opciones que esta Póliza reconoce al Contratante, ocupando su lugar para todos los efectos del contrato. Para tal efecto, se procederá a suscribir el Endoso correspondiente.

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.

ARTÍCULO Nº 9: 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 10: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

El beneficiario es la persona o personas señaladas por el Contratante en la Solicitud de Seguro, quienes se beneficiarán con el o los porcentajes establecidos en dicha solicitud en caso del fallecimiento del Asegurado.

El Contratante bajo esta póliza podrá cambiar de Beneficiario o Beneficiarios en cualquier momento, siempre que formule dicha solicitud a La Compañía por escrito al completar la

solicitud del seguro o en cualquier otro documento posterior. En este sentido, La Compañía pagará al último Beneficiario registrado, quedando libre de toda obligación.

En caso de fallecimiento del o los Beneficiarios antes que el Asegurado, o de no haberse designado beneficiario alguno, el monto del seguro se pagará a los herederos legales de Asegurado, por partes iguales, de acuerdo con el orden de prelación y disposiciones establecidas en el Código Civil.

El Contratante podrá cambiar de Beneficiario cuando lo estime conveniente, notificando por escrito a la Compañía, suscribiéndose el endoso correspondiente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su consentimiento, manifestado por escrito a la Compañía.

En caso de siniestro del cónyuge o hijo, el Beneficiario es el Asegurado, y la póliza continúa vigente.

ARTÍCULO Nº 11: 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 de la presente Póliza.

ARTICULO Nº 12: REHABILITACIÓN LEGAL

En caso que el contrato de seguro se encuentre suspendido por incumplimiento del pago de primas conforme al artículo 13º, la cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente en el que el Contratante realice el pago total de las primas o cuotas vencidas. La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante, mientras que La Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver el contrato o éste no se haya extinguido.

ARTÍCULO Nº 13: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO

La prima será pagada por el Contratante en las fechas indicadas en el Condicionado Particular.

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/o 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.

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.

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 cuales serán debidamente sustentados.

Para efectos de esta póliza, los pagos efectuados por el Contratante al Comercializador tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía.

ARTÍCULO N° 14: RENOVACIÓN DEL SEGURO

La Compañía podrá renovar automáticamente esta póliza al final de su vigencia por un período igual al inicialmente contratado, salvo que el Contratante manifestare por escrito su decisión de no renovar el seguro 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 la Compañía al Contratante detallando las modificaciones en caracteres destacados 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 renovación se efectuará hasta la fecha de fin de vigencia indicado en las Condiciones Particulares. Asimismo, de darse por aceptadas las modificaciones por el silencio del Contratante, La Compañía remitirá la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

ARTÍCULO N° 15: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS Y COASEGURO

No se consideran en este producto, salvo se indique en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO N° 16: NULIDAD

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. Las primas pagadas quedan adquiridas por La Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio. 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.**

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 se había producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los mismos que serán debidamente sustentados.**
- (iv) **Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los cuales 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.

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

Si el 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 Nº 17: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

- a. **Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 18.**
- b. **Si reclaman fraudulentamente o se apoyan en documentos o declaraciones falsas, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 19.**
- c. **Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 13. La Compañía tiene derecho al cobro de la misma de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.**
- d. **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 el 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.

- 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. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.**

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 periodo no devengado. La devolución de la prima se realizará a través del Comercializador.

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. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del Comercializador.

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° 18: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

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

- a. Carta dirigida 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 Comercializador 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, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

ARTÍCULO Nº 19: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA 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 en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador.

Posteriormente, a fin de solicitar la cobertura, el Contratante, el Asegurado y/o los Beneficiarios deberán presentar la siguiente documentación:

En el caso, del fallecimiento natural del Asegurado, cónyuge o hijo(s), el(los) Beneficiario(s), acreditando su calidad de tal(es), podrán exigir el pago del Capital Asegurado por fallecimiento y el pago por gastos de sepelio presentando los siguientes documentos:

- a) Original o copia legalizada de la Partida o Acta de Defunción del Asegurado
- b) Original o copia legalizada del Certificado Médico de Defunción de la persona fallecida, en formato oficial completo.
- c) Historia Clínica foliada y fedateada
- d) Copia simple del Documento de identidad del(los) Beneficiario(s) del seguro.

En el caso de Fallecimiento Accidental o Fallecimiento por Accidente de Tránsito Terrestre, el(los) Beneficiario(s), acreditando su calidad de tal(es), podrán exigir el pago del Capital Asegurado por fallecimiento Accidental o el Capital Asegurado de Fallecimiento por Accidente de Tránsito Terrestre, como la renta familiar mensual por Fallecimiento Accidental presentando los siguientes documentos:

- a) Original o copia legalizada del Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo.
- b) Original o copia legalizada del Acta o Partida de Defunción del Asegurado.
- c) Original o copia legalizada del examen Químico Toxicológico y de Alcholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, en caso corresponda.
- d) Historia clínica foliada y fedateada.
- e) Original o copia legalizada del Atestado policial completo, en caso corresponda.
- f) Original o copia legalizada del Certificado y protocolo de necropsia, en caso corresponda.
- e) Copia simple del Documento de Identidad del (los) Beneficiario(s).

En los casos en que se solicite la Cobertura de Desamparo Familiar Súbito, se proporcionará a La Compañía, adicionalmente a los documentos presentados para la cobertura de Fallecimiento Accidental, lo siguiente:

- a) Original o copia legalizada de la Partida de Matrimonio del Asegurado, copia legalizada de la Resolución Judicial de Unión de Hecho o constancia emitida por SUNARP, en caso de concubinato.

- b) Original o copia legalizada del Acta de Defunción del cónyuge o concubino del Asegurado.
- c) Original o copia legalizada del Certificado de Defunción del cónyuge o concubino del Asegurado.
- d) Original o copia legalizada de la Partida de Nacimiento de los menores de edad que sean hijos del Asegurado y su cónyuge (o concubino).

En el caso de las Coberturas de Invalidez Accidental Total y Permanente y Adelanto por Enfermedad Terminal, se deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Copia simple del Documento de Identidad del Inválido o enfermo.
- b) Original o copia legalizada del resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcholema emitido por el Instituto de Medicina Legal, en caso corresponda.
- c) Historia Clínica foliada y fedateada.
- d) Original o copia legalizada del Dictamen de Invalidez emitido por COMAFP o COMEC o el Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud, caso contrario se aplicará el procedimiento establecido en el Artículo N° 20 "Determinación de la Invalidez".

En caso de la cobertura por Invalidez Accidental Total y Permanente, La Compañía tendrá derecho a examinar al Asegurado por los médicos que se designen para el efecto, pudiendo adoptar todas las medidas conducentes a la mejor y más completa investigación para determinar la certeza, naturaleza y gravedad de las lesiones originadas en el accidente y verificar el grado de invalidez respectivo, conforme al procedimiento señalado en el Artículo N° 20 del presente condicionado. Es imprescindible la presentación de todos los documentos requeridos por La Compañía para la solicitud de cobertura.

En el caso de la Cobertura de Incapacidad para el Trabajo, se deberá presentar la copia de las constancias de estar percibiendo subsidios de Essalud.

En cualquier caso, se proporcionará a La Compañía cualquier información que solicite para verificar el siniestro y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.

En caso, el 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 o para derivar beneficios de la presente póliza, será de aplicación el Artículo N° 17, quedando el presente contrato resuelto. Para ello la Compañía, al momento de detectar la ocurrencia de los supuestos antes mencionados, comunicará al Contratante su decisión de resolver la póliza en virtud de lo aquí establecido.

En todas las coberturas, de requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado, 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.

Cabe precisar que La Compañía no aplicará el derecho de reducción establecido en el Artículo N° 70 de la Ley de Contrato de Seguro, Ley N° 29946.

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

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° 20: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Para los casos de determinación de la Invalidez Total y Permanente por Accidente en los que no se cuente con el Dictamen de Invalidez del COMAFP o el Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud, La Compañía cuenta con los veinte (20) primeros días contados desde la presentación de la solicitud de la cobertura del siniestro con la documentación señalada en el Artículo N° 19 completa, para someter al Asegurado a exámenes médicos y pruebas necesarias a fin de determinar y verificar el grado de invalidez permanente por accidente que afecta al Asegurado y si dichas lesiones fueron originadas por un accidente cubierto.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen de La Compañía podrá apelar al mismo dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a la comunicación de la determinación de La Compañía. El Asegurado deberá presentar una carta simple manifestando los fundamentos bajo los cuales se ampara la apelación y, de ser el caso, adjuntar los documentos que contribuyan a su apelación. En este caso, el grado de invalidez será evaluada por una junta compuesta por tres (3) médicos cirujanos elegidos por el Asegurado, de entre una nómina de cinco (5) o más médicos propuestos por La Compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un (1) año como miembros titulares del Comité Médico de las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMAFP) o del Comité Médico Central de la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMEC).

La junta médica evaluará el grado de invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Póliza y a las normas que regulan la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones conforme a lo dispuesto por el Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones aprobado mediante Decreto Supremo No. 054-97-EF y su Reglamento, así como las normas complementarias y modificatorias. El plazo para el pronunciamiento de la junta médica es de treinta (30) días.

La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios.

ARTÍCULO N° 21: PAGO DEL CAPITAL, INDEMNIZACIÓN O RENTA ASEGURADA

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

1. Para el supuesto de consentimiento expreso del siniestro, una vez que el Contratante 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 la causal de la Invalidez o Fallecimiento no se encuentre dentro de las exclusiones del mismo. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento respecto a la documentación presentada.
2. Para el caso del consentimiento tácito, si transcurridos más de treinta (30) días calendario de presentados todos los documentos exigidos para la liquidación del siniestro en la presente póliza La Compañía no se manifestara sobre la procedencia o no de la solicitud de cobertura.

Cuando La Compañía requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al Asegurado la extensión del plazo antes señalado. En caso de rechazo por parte del Asegurado, se sujetará al procedimiento N° 91 establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia debe comunicarse al Asegurado dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia deberá comunicarse al Asegurado en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que el solicitante haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

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. Para la cobertura de Renta Familiar por Fallecimiento Accidental, la primera renta será pagada 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 y posteriormente se realizará el pago de las demás rentas mensuales. Para las demás coberturas la suma asegurada será pagada dentro de los treinta (30) días de aprobado o consentido el pago del siniestro. La forma de pago será detallada de acuerdo a la cobertura y a lo establecido en el Condicionado Particular.

ARTÍCULO N° 22: INICIO DE LA COBERTURA

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del Artículo N° 4 de la Ley N° 29946, Ley de Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

ARTÍCULO Nº 23: 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 24: 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 25: EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

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

ARTÍCULO Nº 26: 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 3071
Central de Atención al Cliente (Lima): 500-0000
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 27: 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, en caso 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.