



**CONDICIONADO GENERAL
SEGURO DE VIDA GRUPO COMPLEMENTARIO
CÓDIGO SBS VI2027200121**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO COMPLEMENTARIO

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES

Asegurado: Persona natural que es trabajadora del Contratante y que se encuentra asegurada en la Póliza de Vida Ley y declarada a la Compañía como tal.

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

Beneficiario(s): Persona(s) natural(es) señaladas en el Artículo N°1 de la Ley de Consolidación de Beneficios Sociales - Decreto Legislativo N° 688; los beneficiarios son: cónyuge o conviviente, a que se refiere el artículo N° 321 del Código Civil y los descendientes, solo a falta de estos corresponde a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años. Los beneficiarios deben estar indicados en la Declaración Jurada de Beneficiarios.

Capital Asegurado o Suma Asegurada: Monto contratado para cada cobertura, pagadero en caso de siniestro, el cual figura en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado del Seguro.

Certificado de Seguro: Documento que 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, conforme a las disposiciones de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

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.

Contratante: Persona Jurídica que es empleador del Asegurado y es señalado en las Condiciones Particulares.

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.

Declaración Jurada: Manifestación escrita sobre los beneficiarios del seguro de vida, donde el trabajador asegura la veracidad de esa misma declaración bajo juramento con firma legalizada notarialmente o por el Juez de Paz a falta de notario.

Fallecimiento Natural: Deceso del Asegurado por cualquier causa con excepción de lo indicado en Muerte Accidental y en el Artículo 4° de las presentes Condiciones Generales. Esta definición de fallecimiento natural no alcanza al suicidio o lesiones autoinflingidas por El Asegurado. No obstante lo anteriormente indicado, el suicidio o lesiones autoinflingidas será considerado como fallecimiento natural siempre y cuando el contrato haya estado en vigencia ininterrumpidamente por dos (2) años.

Fallecimiento Accidental: Aquel producido por la acción imprevista, violenta, fortuita y/o ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del Asegurado independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Esta definición de fallecimiento accidental no alcanza al suicidio o lesiones autoinflingidas por El Asegurado.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Se considera como Invalidez Total y Permanente por Accidente únicamente los casos siguientes:

- 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.
- b) Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.
- c) Pérdida total de la visión de ambos ojos.
- d) Pérdida completa de ambas manos.
- e) Pérdida completa de ambos pies.
- f) Pérdida completa de una mano y de un pie.
- g) Otros que pudieran establecerse por Decreto Supremo

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

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente por Accidente y por Muerte. Por consiguiente, si esta última ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente por Accidente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

Póliza: Es el documento emitido por La Compañía en el que consta el Contrato de Seguro, Condiciones Generales, Particulares, Especiales, Resumen de Condiciones Generales, Endosos, Anexos, solicitud del seguro, Declaración Personal del Asegurado, así como los documentos que contienen otras declaraciones efectuadas por el Contratante o Asegurado, con ocasión de la contratación 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 más los gastos y cargos que se apliquen y que figuran en las Condiciones Particulares.

Prima no devengada: La fracción de la prima que ha sido pagada por adelantado para obtener cobertura durante un periodo determinado, y que es proporcional al periodo no transcurrido.

Remuneración asegurada: Monto de la remuneración del Asegurado que excede al tope de una remuneración máxima asegurable, aplicable al seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio del Sistema Privado de Pensiones establecida por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Legislativo N° 688 y sus modificatorias.

La remuneración asegurable establecida conforme a esta definición será declarada por el Contratante en la Planilla de Remuneraciones. No se incluye como parte de la remuneración asegurable bajo esta Póliza a las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen

mensualmente. Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo se considera el promedio de las remuneraciones declaradas en los últimos tres (3) meses.

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

ARTÍCULO N° 2: RIESGOS CUBIERTOS Y SUMAS ASEGURADAS

El presente seguro es complementario al Seguro de Vida Ley contratado por El Contratante con la Compañía y permanecerá vigente mientras este exista. Sin embargo, no habrá complementariedad respecto de los seguros contratados cuando aún no corresponda tomar el seguro de vida ley.

Los riesgos cubiertos y sumas aseguradas garantizadas por este seguro son los siguientes:

- a) Por fallecimiento natural del trabajador se abonará a sus beneficiarios dieciséis (16) remuneraciones sobre la base de la Remuneración Asegurada.
- b) Por fallecimiento del trabajador a consecuencia de un accidente, se abonará a los beneficiarios treinta y dos (32) remuneraciones sobre la base de la Remuneración Asegurada.
- c) Por invalidez total o permanente del trabajador originada por accidente se abonará treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas sobre la base de la Remuneración Asegurada.

Si el Contratante declarase una remuneración mensual menor a la última remuneración mensual percibida por su trabajador, la obligación de La Compañía será igual a la declarada por el Contratante al momento de la emisión de la Póliza.

Si el Contratante declarase una remuneración mensual mayor a la última remuneración mensual percibida por su trabajador, la obligación de La Compañía será en base a la última remuneración mensual percibida, debiendo La Compañía recalcular la prima y devolver la fracción de los pagos en exceso.

Cabe precisar que de haber contratado únicamente el presente seguro, prescindiendo del Seguro de Vida Ley, una vez que el trabajador cese sus labores en la empresa no le da derecho a contratar el seguro de Vida Ley Cesante para este producto.

ARTÍCULO N° 3: PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables bajo esta Póliza todos aquellos trabajadores que no cumplen con el plazo estipulado por el Decreto Legislativo N° 688 para ingresar al seguro de Vida Ley con Tope y Tasa Libre. Asimismo, pueden estar incluidos aquellos trabajadores que contando con el seguro de Vida Ley con Tope y Tasa Libre, excedan el monto máximo asegurable, es decir únicamente se asegurará el excedente.

ARTÍCULO N° 4: EXCLUSIONES

No aplican a este producto.

ARTÍCULO N° 5: BENEFICIARIOS DEL SEGURO

En caso de fallecimiento, el Capital Asegurado será pagado al (los) Beneficiario(s) de acuerdo a lo establecido en el Decreto Ley N° 688: "Los beneficiarios son el cónyuge o conviviente o los descendientes, a falta de estos corresponden a los ascendientes y hermanos menores de 18 años". En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el Capital Asegurado será pagado al propio Asegurado.

El empleador tiene derecho a cobrar el capital asegurado en la Póliza, si fallecido el trabajador y vencido el plazo de un año de ocurrida dicha contingencia, ninguno de los beneficiarios señalados en el párrafo precedente hubiera ejercido su derecho.

El beneficio en todos los casos se pagará en partes iguales a los beneficiarios.

ARTÍCULO Nº 6: RENOVACIÓN DEL SEGURO

El Contratante podrá solicitar a La Compañía la renovación de esta Póliza, por un periodo igual al inicialmente contratado, para lo cual deberá manifestar por escrito su decisión con treinta (30) días de anticipación a su vencimiento y pagar la prima correspondiente dentro de dicho plazo. La prima será calculada en base a las tasas que figuran en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO Nº 7: 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 8: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIA DE SU INCUMPLIMIENTO

Las tasas de primas establecidas por La Compañía son aplicables a la suma total de la planilla de remuneraciones de los trabajadores asegurados tomando en cuenta la Remuneración Asegurada definida en este Condicionado declarada por el Contratante.

Las primas y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Todas las primas correspondientes a la póliza deberán ser pagadas por adelantado en las fechas estipuladas, a través de las instituciones bancarias y financieras autorizadas para el cobro, conforme a la modalidad de pago elegida por el Contratante y consignada en las referidas Condiciones Particulares.

El incumplimiento del pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, La Compañía deberá comunicar de manera cierta al Contratante y Asegurado, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo con el que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encuentra suspendida.

En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá optar por la resolución del contrato.

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

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

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

ARTÍCULO N° 9: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS Y COASEGURO

No aplican para este producto.

ARTÍCULO N° 10: NULIDAD DEL CONTRATO

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

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

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.

El certificado será nulo por causal existente al momento de su celebración, es decir sin valor legal alguno en los siguientes casos:

- (ii) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el 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 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.

- (iii) 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. El contrato es nulo si media dolo o culpa inexcusable del asegurado.

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.

- (iv) 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.

- (v) 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 mismos que serán debidamente sustentados.

Cabe precisar que la relación contractual respecto a cada Asegurado, será indisputable para la Compañía si transcurren los dos (2) años desde su celebración, excepto cuando la reticencia o falsa declaración sea dolosa.

Para todos los supuestos de nulidad, el Contratante, Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado bajo esta Póliza. Asimismo, en los supuestos contemplados en los literales (i) y (ii), por concepto de penalidad, el Contratante o Asegurado perderá todo derecho sobre las primas entregadas a La Compañía durante el primer (1) año de vigencia de la Póliza. A partir del segundo año, La Compañía devolverá al Asegurado las primas pagadas.

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 N° 11: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 8.
- c. 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 en el plazo de diez (10) días, cuando 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.
- d. 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.

El Certificado del Seguro quedará resuelto 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 N° 13.

En caso el Contratante optase por la resolución del Contrato o el Certificado, 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 al Contratante por La Compañía.

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

Para los casos antes mencionados, La Compañía procederá con la devolución de la prima no devengada, teniendo como plazo para la devolución diez (10) días hábiles posteriores a la resolución.

ARTÍCULO N° 12: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

El Contratante en cualquier momento podrá solicitar la resolución sin expresión de causa del presente contrato. El Contratante deberá notificar a La Compañía dicha decisión a través de los mismos mecanismos 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. Original y copia del documento de identidad de la persona que suscribe la Carta de terminación anticipada.

Asimismo, cualquier Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa 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 del mes siguiente de la recepción de la solicitud de resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

ARTÍCULO N° 13: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

El siniestro deberá ser comunicado a La Compañía por escrito a los Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

Posteriormente para la solicitud de cobertura los Beneficiarios deberán presentar por escrito en los Centros de Atención al Cliente de la Compañía, los siguientes documentos:

Para Fallecimiento Natural

Al fallecimiento del Asegurado, La Compañía efectuará el pago de la suma asegurada que corresponda, de acuerdo a lo estipulado en las disposiciones legales vigentes sobre el particular, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas legales del deceso, incluyéndose dentro de estas:

- Copia legalizada del Documento Nacional de Identidad de los Beneficiarios.
- Original o copia legalizada de la declaración jurada de beneficiarios firmada por el Asegurado.
- Copia legalizada del Acta o partida de Defunción del Asegurado.
- Copia Legalizada del Certificado de Defunción del Asegurado.

Para Fallecimiento Accidental

Adicionalmente a los requisitos señalados en el numeral anterior, se deberá presentar lo siguiente:

- Copia Legalizada del Atestado policial completo, en caso corresponda.
- Copia Legalizada del Certificado y protocolo de necropsia, en caso corresponda.

Para Invalidez Total o Permanente por Accidente

El Asegurado o sus representantes legales, en caso de encontrarse aquel impedido, deberán solicitar la cobertura por escrito a La Compañía, con los siguientes documentos:

- Copia legalizada del Documento Nacional de Identidad del Asegurado.
- Copia Legalizada del Dictamen de invalidez del COMAFP, COMEC o el Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud, caso contrario se aplicará el procedimiento establecido en el Artículo N° 14 “Determinación de la Invalidez”.
- Copia Legalizada del Atestado policial completo, en caso corresponda.

El pago del capital asegurado se hará de acuerdo a lo especificado por el Asegurado en la declaración jurada de beneficiarios o, en su defecto, es de aplicación al Artículo N° 14 de la Ley de Consolidación de Beneficios Sociales, Decreto Legislativo N° 688.

El plazo para efectuar la solicitud de 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° 14: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL O PERMANENTE POR ACCIDENTE

En caso de no presentar el Dictamen de Invalidez del COMAFP, COMEC La Compañía examinará al Asegurado con la finalidad de determinar la certeza, naturaleza y gravedad de la invalidez. En este sentido, luego de presentada la documentación para la solicitud de la

cobertura por invalidez, La Compañía requerirá el examen médico al Asegurado dentro de los cinco (5) días siguientes.

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, de realizado el examen médico, si se ha producido la Invalidez Total o Permanente por Accidente de un Asegurado.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen de La Compañía podrá apelar el mismo dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de La Compañía. En este caso, el grado de la Invalidez será evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos elegidos por el Asegurado, de entre una nómina de cinco 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 de la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMEC). La Compañía tendrá veinte (20) días para realizar la evaluación.

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, modificatorias.

Para los efectos de esta cobertura, las comunicaciones entre La Compañía y el Asegurado, y viceversa, se harán mediante comunicación escrita al domicilio consignado por ambas partes en el Certificado.

ARTICULO N° 15: DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

- 1. Para el consentimiento expreso, una vez que el Asegurado o los 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 y no se encuentra en las exclusiones del mismo; y que el seguro se encuentre vigente. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento respecto a documentación presentada.**
- 2. Para el consentimiento tácito, si transcurridos más de tres (3) días 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 y/o Beneficiario la ampliación del plazo. Si el Asegurado y/o Beneficiario no lo aprueban, 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 tres (3) días. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad. A falta de pronunciamiento dentro de dicho plazo, se entiende aprobada la solicitud.

Luego de aprobado el pago del siniestro o vencido el plazo para consentir el mismo, la obligación de pagar el monto indemnizable será cumplida por La Compañía de acuerdo a lo pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza. El capital será pagado en un plazo no mayor a tres (3) días de aprobado el pago del siniestro o consentido el mismo, en las Oficinas de Atención al Cliente.

ARTÍCULO N° 16: COMUNICACIONES 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 físico o electrónico del Contratante o Asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Seguro.

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

El Contratante será el encargado de comunicar al Asegurado sobre la resolución de la póliza o el Certificado, cuando ésta opere a solicitud del Contratante o de La Compañía.

ARTÍCULO N° 17: 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

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

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

Central de Atención al Cliente (Arequipa): (054) 603 101

ARTÍCULO N° 18: COPIA DE LA PÓLIZA

En caso de extravío o destrucción de la Póliza, el Contratante tendrá derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.

Por su parte, 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 N° 19: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

1. Mecanismo de solución de controversias

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

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

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

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

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

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