



**CONDICIONES GENERALES  
SEGURO TEMPORAL EN GRUPO VEA VIDA  
CÓDIGO SBS VI2027200104  
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias**

## **CONDICIONES GENERALES SEGURO TEMPORAL EN GRUPO VEA VIDA**

### **ARTÍCULO Nº 1: DEFINICIONES**

Para efectos de la presente Póliza se entenderá por:

**Asegurado:** Es la persona, cliente del Contratante, titular del interés asegurable que se encuentra expuesta a los riesgos cubiertos por esta Póliza y es señalada como tal en la Solicitud-Certificado de Seguro

**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.**

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

**Beneficiarios:** Es la persona o personas señaladas como tales en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la Solicitud-Certificado de Seguro, quienes se beneficiarán con el o los porcentajes establecidos en la solicitud del seguro suscrita por el Asegurado o mediante endoso si es posterior.

A falta de Beneficiario(s) instituidos por el Asegurado, el monto de la indemnización se pagará a los herederos que aparezcan en la sucesión intestada y en partes iguales.

**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 y en la Solicitud-Certificado de Seguro.

**Comercializador:** Persona Jurídica con la que La Compañía celebra un contrato de comercialización con el objeto de que éste 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 que se asegura, tales como, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del Asegurado y los Beneficiarios, si los hubiere, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, vencimiento de las primas, lugar y forma de pago, vigencia del contrato, entre otros.

**Contratante:** Es la persona jurídica señalada en las Condiciones Particulares, que contrata la póliza, cuyos clientes que lo soliciten pueden acceder al presente seguro.

**Contrato de Seguro:** Es el acuerdo de voluntades por el cual La Compañía se obliga, 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, 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.

**Enfermedades Mentales y del Comportamiento:** Las enfermedades mentales o trastornos psicológicos son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

**Enfermedad preexistente:** Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un médico colegiado conocida por el Asegurado al momento de la suscripción de la solicitud del seguro.

**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.

**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 Natural:** Deceso del Asegurado por cualquier causa con excepción de lo indicado en Fallecimiento Accidental.

**Fallecimiento Accidental:** Aquel producido 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.

**Interés Asegurable:** Es el 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.

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

**Miembro:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.

**Órgano:** Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función.

**Pérdida Total:** La separación completa en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece.

**Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

**Plazos:** Se consideran en días calendario, salvo aquellos que expresamente indiquen lo contrario en la presente Póliza

**Póliza:** Documento en el que consta el contrato de seguro. Forma parte integrante de la Póliza las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Solicitudes de la Póliza, Condiciones Especiales, Cláusulas adicionales y Endosos, así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el Contratante o Asegurado, con ocasión de la contratación del seguro.

**Prima Comercial:** Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la empresa.

**Solicitud - 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 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.

**Indemnización Inicial:** Es el monto Asegurado que se paga al Asegurado por única vez, al momento del siniestro en base al plan y moneda contratado por el Asegurado. Los cuales figuran en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado de la Póliza

## **ARTÍCULO Nº 2: COBERTURA**

En los términos de la presente Póliza, las Sumas Aseguradas señaladas en las Condiciones Particulares, capital al contado y pensiones mensuales, serán pagadas por La Compañía a los Beneficiarios en caso de fallecimiento (natural o accidental) del Asegurado, si éste ocurre durante la vigencia de la Póliza, o al Asegurado por invalidez permanente, total o parcial, a causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, y siempre que el fallecimiento o la invalidez permanente, total o parcial, no sea consecuencia de una causa considerada en las exclusiones de la misma.

La pensión se pagará mensualmente, de acuerdo a lo estipulado en la Solicitud-Certificado del Seguro y de acuerdo a la periodicidad y monto indicado en el mismo. El capital Asegurado adicional y/o el capital Asegurado por Invalidez Permanente Parcial por Accidente especificado en las Condiciones Particulares se pagarán al contado luego de la evaluación del expediente.

Los alcances de cada cobertura se describen a continuación:

- a. Fallecimiento Natural: En virtud de esta cobertura La Compañía pagará a los Beneficiarios las Sumas Aseguradas indicadas en las Condiciones Particulares, siempre que el fallecimiento del Asegurado se haya producido durante la vigencia de esta Póliza y por una causa no considerada en las exclusiones de la Póliza.
- b. Fallecimiento Accidental: En virtud de esta cobertura La Compañía pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado especificado en las Condiciones Particulares en función al Plan Contratado, 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 trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

**La cobertura de Fallecimiento Accidental es excluyente de la cobertura de Fallecimiento Natural.**

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

- c. Invalidez Permanente, Total o Parcial, por Accidente: En virtud de esta cobertura, La Compañía pagará la Suma Asegurada especificada en las Condiciones Particulares o un porcentaje de ésta según corresponda, cuando la lesión, producto de un accidente y por una causa no considerada en las exclusiones de la Póliza, no ocasione la pérdida de la vida del Asegurado sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los dos (2) años contados desde su ocurrencia y se cumplan las condiciones siguientes:

- Que el Asegurado se encuentre incapacitado en forma permanente para desempeñarse en cualquier ocupación o trabajo remunerado o para emprender cualquier negocio lucrativo.
- Que La Compañía haya determinado fehacientemente que dicha incapacidad sea permanente de acuerdo al Artículo N° 18 Determinación de La Invalidez.

c.1. Invalidez Total y Permanente por Accidente.-

Se considerará que la invalidez es total y permanente y consiguientemente la Compañía pagará el 100% de la Suma Asegurada para la cobertura de invalidez cuando el Asegurado se encontrara total y permanentemente incapacitado o impedido de desempeñar cualquier ocupación o trabajo remunerado o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, o presentara el debilitamiento irreversible de sus fuerzas físicas o intelectuales de a lo menos dos terceras (2/3) partes de su capacidad de trabajo.

Para determinar fehacientemente que el grado de la invalidez es total y su naturaleza es 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.

En caso la Compañía necesitase mayor evidencia respecto a la condición del Asegurado, éste deberá someterse a una evaluación médica efectuada por facultativos designados por La Compañía, la cual será realizada conforme a las normas antes mencionadas y a cargo de la misma.

c.2. Invalidez Parcial y Permanente por Accidente.-

Se considerará Invalidez Parcial y Permanente por Accidente las pérdidas anatómicas o funcionales descritas a continuación. En estos casos, la Compañía indemnizará al Asegurado una fracción del Capital Asegurado por Invalidez Parcial y Permanente por Accidente, la cual se determinará de acuerdo a la siguiente tabla.

1. El 100% por la pérdida total de:
  - la visión de ambos ojos, o
  - ambos brazos o ambas manos, o
  - ambas piernas o ambos pies, o
  - una mano y un pie
2. El 50% por la pérdida total de:
  - la audición completa de ambos oídos, o
  - un brazo, o
  - una mano, o
  - una pierna, o
  - un pie o,
  - La visión de un ojo en caso que ya existiera ceguera total del otro, antes de contratar esta Póliza.

3. El 35% por la pérdida de:
  - La visión de un ojo en caso que no existiera ceguera total del otro, antes de contratar esta Póliza.
4. El 25% por la pérdida total de:
  - La audición completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido sordera del otro, antes de contratar esta Póliza.
5. El 20% por la pérdida total del:
  - Pulgar derecho o izquierdo.
6. El 15% por la pérdida total del:
  - Índice derecho o izquierdo.
7. El 13% por la pérdida total de:
  - la audición completa de un oído en caso de que el Asegurado no hubiese tenido sordera del otro, antes de contratar esta Póliza
8. El 5% por la pérdida total de:
  - cualquiera de los otros dedos de la mano
9. El 3% por la pérdida total de:
  - un dedo del pie, o falange distal
10. La pérdida de cada falange se calculará en forma proporcional en función de las falanges que tenga el dedo. El pago por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos o falanges perdidos.

El total de pagos provenientes de la invalidez parcial o total y permanente por accidente, no podrá en ningún caso exceder el 100% del capital Asegurado por concepto de esta cobertura.

La prima se devengará hasta la fecha estipulada en las Condiciones Particulares o hasta la fecha de fallecimiento o invalidez permanente Total o Parcial por Accidente del Asegurado, lo que ocurra primero.

### **ARTÍCULO Nº 3: EXCLUSIONES**

**Este seguro no cubre los riesgos de Fallecimiento e Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente, si el fallecimiento o la incapacidad del Asegurado fueran causados por:**

- a. **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.**
- b. **Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o participe, por uno o más Beneficiarios o por quienes pudieren reclamar la Suma Asegurada, sin perjuicio del derecho que le asiste a los demás Beneficiarios no partícipes de dicho acto, de reclamar el porcentaje o alícuota correspondiente de la Suma Asegurada.**
- c. **Participación activa 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 se realizará en función del atestado policial y de ser el caso, cualquier otro documento que esclarezca los hechos.

- d. Participación individual o conjunta en movilizaciones, manifestaciones, mítines que conlleve la alteración de la tranquilidad pública en el que se incurran en actos riesgosos para la integridad física y salud del Asegurado.
- e. Pena de muerte o fallecimiento producida por la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.
- f. Suicidio, intento de suicidio, automutilación, o heridas causadas a sí mismo o por terceros con su consentimiento, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente, salvo que ya hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- g. Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.
- h. Participación activa en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.
- i. 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.
- j. 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 o estupefaciente, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre; según se determine por el dosaje étílico o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.
- k. Intoxicación.
- l. Desempeñarse el Asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, chóferes profesionales en rutas rurales interprovinciales, chóferes de taxi, mototaxi, operadores de maquinaria pesada, en construcción, policías, militares, vigilantes o guardaespaldas, pasajeros de líneas aéreas no regulares, transportista de líquidos inflamables o sustancias corrosivas, minero de socavón, bomberos, corresponsal de guerra, cambista ambulatorio.
- m. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos

debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; y el de intervenir en viajes submarinos.

- n. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
- o. 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.
- p. Enfermedades preexistentes o Accidentes producidos con anterioridad al inicio de la afiliación a la presente póliza y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro. Así como, anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ella, y que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro.
- q. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- r. Cualquier tipo de enfermedad mental y del comportamiento.
- s. Una infección oportunística, o neoplasia maligna, si al momento del fallecimiento o enfermedad el Asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Con tal propósito, se entenderá por:

- “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”, lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud, y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de inmunodeficiencia adquirida.
- “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” debe incluir Encefalopatía (demencial) de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y Síndrome de Desgaste por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).
- “Infección Oportunística” incluye, pero no debe limitarse a, Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vinca o Infección Microbacteriana Diseminada.
- “Neoplasia Maligna” incluye, pero no debe limitarse a, al Sarcoma de Kaposi, al linfoma del Sistema Nervioso Central, o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de fallecimiento en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

Adicionalmente, este seguro aplica las siguientes exclusiones para la cobertura de Invalidez Permanente Total o Parcial por accidente:

- a. Infecciones bacterianas, excepto aquéllas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- b. Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones cubiertas por esta Póliza.
- c. Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.

- d. Exámenes médicos para descartar enfermedades
- e. Cirugía plástica o cosmética.

#### **ARTÍCULO Nº 4: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO**

A fin de gozar las coberturas establecidas en la Póliza, el Asegurado debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Tener residencia en la República del Perú.
- b) No haber sido diagnosticado de alguna enfermedad preexistente a la solicitud de afiliación al seguro.
- c) No encontrarse Incapacitado Total y Temporalmente por causa de una enfermedad o accidente al momento de la afiliación a la póliza.
- d) Edad.- Podrán asegurarse bajo la presente modalidad de seguro, las personas que tengan las edades mínima y máxima de ingreso establecidas en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado de Seguro.

#### **ARTÍCULO Nº 5: 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 6: 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 puedan analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante será de forma previa y por escrito. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado.

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 7: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIA DE SU INCUMPLIMIENTO**

Por tratarse de un seguro grupal el pago de la prima estará a cargo del Contratante, quien recargará dicho pago en el Asegurado. Dicho pago deberá realizarse en el plazo señalado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud - Certificado de Seguro, hasta el término del período.

Las primas y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares o en la Solicitud-Certificado.

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.**

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

#### **ARTÍCULO Nº 8: RENOVACIÓN DEL SEGURO**

La Póliza será emitida con vigencia anual. La Compañía renovará automáticamente esta Póliza, finalizada su vigencia, salvo que el Contratante o el Asegurado manifiesten por escrito su decisión de no renovar la póliza o la solicitud-certificado, respectivamente, con treinta (30) días calendario 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 con cuarenta y cinco (45) días de anticipación del vencimiento, por escrito y señalando las modificaciones en caracteres destacados. El Contratante tendrá un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo, en cuyo caso no procederá la renovación automática al término de la vigencia indicada en la Solicitud-Certificado. En caso de silencio del Contratante se entenderá que aprueba la modificación. Asimismo, de darse por aceptadas las modificaciones por el silencio del Contratante, la Compañía remitirá la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

#### **ARTÍCULO Nº 9: 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 Asegurado o Contratante realice el pago total de las primas o cuotas vencidas. La relación contractual con cada Asegurado, podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante o Asegurado, mientras que La Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver la relación contractual o ésta no se haya extinguido.

#### **ARTÍCULO Nº 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.**

**La Solicitud-certificado será nula 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.**

**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 Nº 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. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante, según el procedimiento establecido en el artículo siguiente.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 7.
- 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. La Compañía puede resolver la póliza mediante comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días computados desde el vencimiento del plazo para el pronunciamiento del Contratante.
- 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.

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

- e. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el artículo siguiente.
- f. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.
- g. Si reclaman fraudulentamente o se apoyan en documentos o declaraciones falsas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 17.
- h. 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 en el plazo de diez (10) días, cuando incurrir en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Ante la falta de aceptación, La Compañía puede resolver la Solicitud-Certificado mediante comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días computados desde el vencimiento del plazo para el pronunciamiento del Asegurado.
- i. 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.
- j. 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.

En caso el Contratante o Asegurado optase por la resolución 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° 12: 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 en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de La Compañía ([www.interseguro.com.pe](http://www.interseguro.com.pe)), o 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, en caso se trate de una persona jurídica.
- d. Original y copia del documento de identidad de la persona que suscribe la Carta de resolución sin expresión de causa, en caso se trate de una persona jurídica.

Asimismo, cualquier Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa de su afiliación al contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de La Compañía ([www.interseguro.com.pe](http://www.interseguro.com.pe)), o 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 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.

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 resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza. Si el contratante opta por la resolución, La Compañía tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta el término de la vigencia del contrato, en consecuencia, La Compañía solo devolverá la prima no devengada.

## **ARTÍCULO N° 13: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS**

El Asegurado podrá designar hasta dos (2) personas para cobrar el importe de este seguro en caso de fallecimiento del Asegurado, en caso contrario los beneficiarios serán los herederos legales, conforme a las normas legales vigentes aplicables. Dicha designación consta en la Solicitud-Certificado de Seguro y en las Condiciones Particulares de esta Póliza. El Asegurado podrá cambiar de Beneficiarios cuando lo estime conveniente, manifestándolo por escrito a la Compañía.

La Compañía pagará el Capital Asegurado al(los) Beneficiario(s) designados por el Asegurado y registrado(s) en esta Póliza, o a la falta de estos serán los herederos legales, y con ello quedará liberada de sus obligaciones,

La designación de beneficiario debe constar por escrito en la póliza, y es válida aunque se notifique a La Compañía después del evento previsto. Si hay cambio de beneficiario será válido siempre que conste en un endose en la póliza o que conste en un tercer documento legalizado por notario público.

#### **ARTÍCULO Nº 14: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO**

El Capital Asegurado, el monto de la Prima y demás valores de este contrato se expresarán en moneda extranjera o en moneda nacional, según se establezca en las Condiciones Particulares o en la Solicitud-Certificado a la fecha de celebración del presente Contrato.

#### **ARTÍCULO Nº 15: AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA**

A la ocurrencia de un siniestro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso del siniestro y posteriormente solicitar la cobertura del mismo. El aviso del siniestro deberá efectuarse por escrito en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Cabe precisar que el incumplimiento de este plazo no afectará los derechos indemnizatorios del beneficiario.

Posteriormente, a fin de solicitar la cobertura, el Asegurado y/o Beneficiario deberá presentar la siguiente documentación:

**Fallecimiento Natural o Accidental:** El (los) beneficiario(s) o la persona que está actuando en su representación deben acercarse al Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o del Comercializador con los siguientes documentos:

- a. Carta simple dirigida a la Compañía solicitando el pago de la suma asegurada.
- b. Copia simple del DNI de (los) Beneficiario (s) o Partida de nacimiento, según sea el caso.
- c. Original o copia legalizada de la denuncia policial, según sea el caso.
- d. Original o copia legalizada del Certificado médico de defunción.
- e. Original o copia legalizada del Acta o Partida de Defunción del Asegurado;
- f. Original o copia legalizada del Atestado policial completo, en caso corresponda.
- g. Original o copia legalizada del Certificado y/o Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda.
- h. Original o copia legalizada del Resultado del examen de Dosaje Etílico, en caso corresponda.
- i. Original o copia legalizada del Resultado del examen Toxicológico en caso corresponda.

**Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente del Asegurado: El Asegurado podrá exigir el pago de las Sumas Aseguradas presentando al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía o al Comercializador los documentos que se indican a continuación:**

- a. Carta simple dirigida a la Compañía solicitando el pago de la Suma Asegurada.**
- b. Copia simple del DNI del Asegurado.**
- c. Original o copia legalizada del Resultado del examen de Dosaje Etílico, en caso corresponda.**
- d. Original o copia legalizada del Resultado del examen Toxicológico, en caso corresponda.**
- e. Original o copia legalizada del dictamen de invalidez del COMAFP o COMEC, caso contrario se aplicará el procedimiento establecido en el Artículo N° 18 “Determinación de la Invalidez”.**

**En caso de Invalidez Permanente Parcial o Total por Accidente, 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° 18 del presente condicionado. Es imprescindible la presentación de todos los documentos requeridos por La Compañía para la solicitud de cobertura.**

**Si el Asegurado falleciera a consecuencia directa e inmediata de un accidente, durante o después del periodo de pago por Invalidez Permanente ocasionado por el mismo accidente, la Compañía pagará la suma asegurada respectiva al Beneficiario por concepto de cobertura de Fallecimiento por Accidente previa deducción de lo pagado por Invalidez Permanente a la fecha de ocurrencia del deceso del Asegurado.**

**En todas las coberturas, de requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado o Beneficiario, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, desde la presentación de todos los documentos detallados en la póliza, para consentir, aprobar o rechazar el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.**

**El 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.**

## **ARTICULO 16: DETERMINACION DE LA COBERTURA**

**El siniestro se considerará consentido en los siguientes casos:**

- 1. Para el consentimiento expreso, una vez que el Contratante, 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 y no se encuentra en las exclusiones del mismo; y que el seguro esté vigente. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento 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 el pago del siniestro en la presente póliza La Compañía no se manifestara sobre la procedencia o no de la solicitud de cobertura.**

**En cualquiera de los casos descritos, si La Compañía requiere de 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, antes del vencimiento del plazo para consentir el siniestro, La Compañía podrá solicitar al Asegurado la extensión del plazo antes señalado; en caso contrario, 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 y en la Solicitud-Certificado de Seguro.**

**Tratándose de Invalidez Parcial y Permanente la indemnización será una fracción del capital asegurado equivalente al porcentaje de Invalidez Parcial, y de acuerdo al Plan y moneda contratada por el Asegurado.**

**El pago del Capital al Contado se realizará en un plazo no mayor a treinta (30) días de consentido el siniestro. La obligación de pagar la pensión mensual será cumplida por la Compañía en vales, mediante tarjetas de consumo de los establecimientos comerciales o en efectivo, de acuerdo a lo señalado en la Solicitud-Certificado del Seguro con la periodicidad y monto de Indemnización Inicial indicado en el mismo.**

**Queda expresamente establecido y pactado entre las partes, y así reconocido y declarado por el Contratante y conocido por el Asegurado, que la obligación de**

**pago de la pensión a que diera lugar la aplicación de la presente Póliza, en caso que ocurra un siniestro cubierto, será efectuada de acuerdo a lo establecido en la Solicitud- Certificado del Seguro, quedando de esa forma satisfecha la obligación de cargo de la Compañía. La presente estipulación sólo está sujeta a la excepción prevista por el siguiente párrafo del presente Artículo.**

**Cuando el pago de la cobertura se realice en vales de consumo, y al momento del pago de la pensión, el o los establecimientos autorizados para hacer efectivos los vales de consumo no existiesen, o si por cualquier causa los vales de consumo no fueran honrados y cumplidos por el respectivo establecimiento autorizado que los emitió, la Compañía procederá a emitir cheques mensuales a nombre del beneficiario, en vez de vales de consumo. Los cheques se harán por la cantidad y moneda pactados en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la Solicitud-Certificado respectivo, y serán emitidos el mes siguiente de efectuado el pago del Capital al Contado.**

**En todo caso, del Capital al Contado será deducida la deuda por primas con respecto al seguro en materia que con La Compañía tuviese el Asegurado.**

**Si la edad fuese menor que la declarada, se devolverá el exceso de Prima recibida, sin intereses.**

#### **ARTÍCULO Nº 17: SOLICITUD DE COBERTURA 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 o para derivar beneficios de la presente Póliza, será de aplicación el Artículo Nº 11, quedando el presente contrato o la afiliación del Asegurado a la presente póliza resuelta, de ser el caso. 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 18: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ**

En caso de no presentar el Dictamen de Invalidez del COMAFP o 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 Permanente Total o Parcial 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 Central 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 la Solicitud – Certificado.

#### **ARTÍCULO Nº 19: INICIO DE COBERTURA**

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del Artículo Nº 4 de la Ley Nº 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 20: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS**

Los impuestos que en el futuro 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 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 electrónico o físico del Contratante o Asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza y en la Solicitud-Certificado de Seguro respectivo.

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 al Comercializador, 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

#### **ARTÍCULO Nº 22: COPIA DE LA PÓLIZA**

El Asegurado 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 calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.

#### **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 3071  
Central de Atención al Cliente (Lima) : 611-9230  
Fax: 611-9255  
Correo electrónico: [servicios@interseguro.com.pe](mailto:servicios@interseguro.com.pe)  
Página web: [www.interseguro.com.pe](http://www.interseguro.com.pe)

Arequipa  
Av. Víctor Andrés Belaunde Mz. B Lote 3, Umacollo  
Central de Atención al Cliente (Arequipa): (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, 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](http://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](http://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.**