

**CONDICIONES GENERALES
PROTECCIÓN DE TARJETA INDIVIDUAL PLUS
CÓDIGO SBS XXXXXXXXX**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

ARTÍCULO Nº 1: DEFINICIONES

Asegurado: Persona natural titular o usuario de por lo menos una tarjeta de crédito y/o débito, que ha solicitado la afiliación a la presente Póliza, encontrándose bajo la cobertura de la misma y figurando como tal en la Solicitud de Seguro respectiva.

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.

Beneficiarios(s): Para la cobertura de fallecimiento accidental por robo y/o asalto y/o secuestro, Fallecimiento Natural, Fallecimiento Accidental y Renta Alimenticia por fallecimiento los beneficiarios serán los herederos legales del Asegurado, de acuerdo a lo señalado en el Código Civil. Para las demás coberturas se considerará como Beneficiario al Asegurado.

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

Este seguro ampara cualquier tipo de cáncer con excepción de:

- **Cáncer de la piel, incluyéndose dentro de esta excepción los melanomas malignos.**
- **Cáncer Cervico-Uterino in situ.**
- **Cáncer preexistente**

Capital Asegurado o Suma Asegurada: Monto contratado para cada cobertura, pagadero en caso de siniestro, el cual figura en el Condicionado Particular,.

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

Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por La Compañía para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la Póliza de seguro.

Condiciones Particulares: Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado en el cual se indican el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la descripción 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.

Consumo Promedio: Se calcula en base a la fecha de ocurrencia del siniestro, y se considera el consumo mensual en base a los meses establecidos de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares. .

Contratante: Es el Asegurado señalado en la Solicitud del Seguro y las Condiciones Particulares de la Póliza, quien contrata el presente seguro.

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.

Endoso: Es el acuerdo mediante el cual se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante y/o Asegurado 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 violenta, imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre el Asegurado independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Gastos del Asegurador: Gastos en los que la Compañía incurre al comercializar y administrar la Póliza, los mismos que se encuentran incluidos en la prima comercial.

Hospitalización: Se contabiliza a partir de la fecha y hora de ingreso del Asegurado a un hospital o clínica debidamente autorizada y reconocida por el Ministerio de Salud, culminando en la fecha y hora que el Asegurado es dado de alta. Para que se considere como hospitalización el Asegurado debe de contar una permanencia mínima de **24 Horas**.

Hurto: Cualquier acto de apoderamiento ilegítimo de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s), sustrayéndola(s) del lugar donde se encuentra(n), cometido por una persona o personas en contra de la voluntad del Asegurado, sin que medie intimidación o el uso de la fuerza o violencia en contra del mismo

Interés Asegurable: Requisito que debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.

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

Prima Devengada: Porción de la prima que ya se utilizó para cubrir el costo del seguro del periodo pagado.

Prima No Devengada: Porción de la prima que aun no ha sido utilizada para cubrir los costos del seguro del periodo pagado.

Prima Comercial: Es el valor determinado por La Compañía, como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas. 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.

Póliza: Documento en el que consta el contrato de seguro, conformado por las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, 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.

Robo y/o asalto y/o secuestro: Apoderamiento ilegítimo de la(s) tarjeta(s) de crédito del Asegurado empleando violencia contra el mismo, amenazándolo con un peligro inminente para su vida o integridad física sea con armas o no, o privándolo y/o restringiendo su libertad para tales fines.

Solicitud de Seguro: Es la constancia de voluntad del contratante y/o asegurado de contratar el seguro.

Suma Asegurada Máxima: Es el capital asegurado máximo por asegurado que se señala en las Condiciones Particulares.

.

Tarjeta Asegurada: Es aquella por la cual el Asegurado, paga una prima de acuerdo al plan contratado en las Condiciones Particulares.

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.

ARTÍCULO N° 2: COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

1. Reembolso por uso indebido de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera a causa de hurto o de robo y/o asalto y/o secuestro en cajeros automáticos.

Cubre el uso indebido de la(s) tarjeta(s) asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera en cajeros automáticos siempre que ésta(s) haya(n) sido obtenida(s) en forma ilícita, producto del hurto o del robo y/o asalto y/o secuestro; hasta un monto máximo anual, establecido de acuerdo al plan elegido por el Contratante y señalado en el Condicionado Particular, no estando cubierta la pérdida o extravío de la(s) tarjeta(s).

Asimismo, cubre al Contratante, por el hurto o el robo y/o asalto y/o secuestro del dinero en efectivo que haya sido retirado del cajero con la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida por la Entidad Financiera, siempre que haya sido obtenido en forma ilícita, por hurto o robo y/o asalto y/o secuestro; **y, siempre que no hayan transcurrido más de treinta (30) minutos de retirado el efectivo para la ocurrencia del siniestro.**

La suma asegurada máxima por cobertura es la establecida en el Condicionado Particular.

2. Reembolso por consumos indebidos de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera

Cubre el consumo indebido de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera en establecimientos comerciales, siempre que la(s) Tarjeta(s) haya(n) sido obtenida(s) en forma ilícita, producto del hurto o del robo y/o asalto y/o secuestro; hasta un monto máximo anual, establecido de acuerdo al plan señalado en el Condicionado Particular.

La suma asegurada máxima por cobertura es la establecida en el Condicionado Particular.

3. Reembolso por consumos indebidos de la(s) Tarjeta(s) OH internacional Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera

Cubre el consumo indebido de la(s) Tarjeta(s) OH internacional Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera en establecimientos comerciales fuera del territorio nacional, siempre que la(s) Tarjeta(s) haya(n) sido obtenida(s) en forma ilícita, producto del hurto o del robo y/o asalto y/o secuestro; hasta un monto máximo anual, establecido de acuerdo al plan

señalado en el Condicionado Particular.
La suma asegurada máxima por cobertura es la establecida en el Condicionado Particular.

4. Reembolso por fraude de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera (Incluye “Cambiado”).

Se entiende como Fraude, las defraudaciones, estafas, o malversaciones cometidas por terceros, realizadas en el Perú.

Además, se entenderá como Fraude el “cambiado” el mismo consiste en que una persona con engaños cambie la tarjeta asegurada plástica por otra similar con la finalidad de apropiarse de la Tarjeta Asegurada verdadera para realizar consumos indebidos con ella.

No se encuentran comprendidos bajo la cobertura de Fraude aquellos consumos cuyas fechas no correspondan a la realidad debido a fallas electrónicas de los sistemas de las entidades financieras emisora(s) de las Tarjeta(s) Asegurada(s), las cuales se encuentran reflejadas en los reportes de estado de cuenta o consulta de movimientos.

La suma asegurada máxima para esta cobertura es la establecida en el Condicionado Particular.

5. Reembolso por uso indebido de la(s) tarjeta(s) de crédito Asegurada(s) emitida(s) por otras Entidades Financieras a causa de hurto o de robo y/o asalto y/o secuestro en cajeros automáticos.

Cubre el uso indebido de la(s) tarjeta(s) de crédito Asegurada(s) emitida(s) por otras entidades financieras, distintas a la del Comercializador, en cajeros automáticos siempre que ésta(s) haya(n) sido obtenida(s) en forma ilícita, producto del hurto o del robo y/o asalto y/o secuestro; hasta un monto máximo anual, establecido de acuerdo al plan señalado en el Condicionado Particular, no estando cubierta la pérdida o extravío de la(s) tarjeta(s).

Asimismo cubre al Contratante por el robo del dinero en efectivo que haya sido retirado del cajero con la tarjeta(s) de crédito asegurada(s) emitida(s) por entidades financieras, distintas a la del Comercializador, siempre que haya sido obtenido en forma ilícita, por hurto o robo y/o asalto y/o secuestro; **y, siempre que no hayan transcurrido más de treinta (30) minutos de retirado el efectivo para la ocurrencia del siniestro.**

La presente cobertura no es aplicable a la(s) tarjeta(s) de débito asegurada(s).

La suma asegurada máxima para esta cobertura es la establecida en el Condicionado Particular.

6. Reembolso por consumos indebidos de la(s) Tarjeta(s) de crédito Asegurada(s) emitida(s) por otras Entidades Financieras.

Cubre el consumo indebido de la(s) tarjeta(s) de crédito Asegurada(s) emitida(s) por entidades financieras distintas a la del Comercializador, en establecimientos comerciales, siempre que la(s) Tarjeta(s) de crédito Asegurada(s) haya(n) sido obtenida(s) en forma

ilícita, producto del hurto o del robo y/o asalto y/o secuestro; hasta un monto máximo anual, establecido de acuerdo al plan señalado en el Condicionado Particular.

La presente cobertura no es aplicable a la(s) tarjeta(s) de débito asegurada(s).

La suma asegurada máxima para esta cobertura es la establecida en el Condicionado Particular.

7. Fallecimiento Accidental a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro.

Si el Contratante fallece como consecuencia directa del robo y/o asalto y/o secuestro, se indemnizará a los Beneficiario(s).

La suma asegurada máxima para esta cobertura es la establecida en el Condicionado Particular.

8. Reembolso de gastos médicos por hospitalización por lesiones a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro.

Si las lesiones sufridas por el Contratante, a consecuencia de un robo y/o asalto y/o secuestro, implican su hospitalización, La Compañía reembolsará los gastos al Contratante por concepto del tratamiento médico, costo de la hospitalización, incluyendo medicinas y exámenes especializados.

El beneficio se pagará contra la presentación de los documentos originales que sustenten los gastos médicos respectivos.

Dichos gastos no deberán exceder del máximo de días ni del monto máximo establecido en el Condicionado Particular por día de hospitalización.

Se entenderá como Hospitalización el ingreso del Contratante a un hospital o clínica debidamente autorizada y reconocida por el Ministerio de Salud. Para que la presente cobertura resulte aplicable, el Contratante deberá ser internado en el hospital o clínica como mínimo veinticuatro (24) horas, contadas a partir de la fecha y hora de ingreso hasta la fecha y hora en que el Contratante es dado de alta.

La suma asegurada máxima para esta cobertura es la establecida en el Condicionado Particular.

9. Reembolso de gastos de duplicados y reposición de documentos por hurto o robo y/o asalto y/o secuestro.

Si en el hurto o el robo y/o asalto y/o secuestro se sustraen documentos personales del Contratante, La Compañía reembolsará al Contratante, hasta por el monto establecido en el Condicionado Particular, los gastos por concepto de duplicados y reposición de los mencionados documentos. El beneficio se pagará contra la presentación de los documentos

originales que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de pagos relacionados directamente con la reposición de dichos documentos.

La suma asegurada máxima para esta cobertura es la establecida en el Condicionado Particular.

10. Reembolso de la compra de bienes realizadas con la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera que hayan sido objeto de robo y/o asalto.

Se reembolsará al Contratante el valor de las compras realizadas con la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera, cuando el Contratante haya sido despojado de ella(s) como consecuencia de un robo y/o asalto, **siempre que no hayan transcurrido más de cuatro (4) horas de realizada la compra.**

Se realizará el reembolso antes mencionado hasta el límite establecido en el plan contratado y según las condiciones y/o deducibles señalados en el Condicionado Particular.

La suma asegurada máxima para esta cobertura es la establecida en el Condicionado Particular.

11. Fallecimiento Natural:

En caso de 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 en función al plan contratado.

12. Fallecimiento Accidental:

En virtud de esta cobertura La Compañía pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado especificado en el Condicionado Particular en función al plan contratado, después de recibidas y aprobadas las pruebas que el fallecimiento del Asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza. Para estos efectos, se entenderá como fallecimiento inmediato aquél que ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días calendarios, siguientes de ocurrido el accidente.

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

13. Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad:

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

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

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

Se encuentra comprendida dentro de la cobertura la invalidez derivada de un accidente acaecido durante la vigencia de la póliza que se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

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

14. Renta Alimenticia por Fallecimiento:

Al fallecimiento del Asegurado, La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura dividida en doce (12) cuotas mensuales al (los) Beneficiario (s), de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.

15. Indemnización por diagnóstico de Cáncer:

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

La indemnización cubierta se pagará siempre que:

- **Al Asegurado le sea diagnosticado Cáncer, como se define en esta Póliza y sea por primera vez.**
- **Que la Póliza haya estado en vigor por lo menos ciento ochenta (180) días calendarios,** correspondiendo este plazo al período de carencia indicado en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO N° 3: EXCLUSIONES

Este seguro no cubre lo siguiente:

1. Actos delictivos o que constituyan la causa del siniestro por parte del Asegurado, el suicidio, intento de suicidio o lesiones Intencionales auto infringido, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
2. El hecho de que el Asegurado este voluntariamente bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sea recetado por un médico, al momento de la ocurrencia del robo, asalto o secuestro que genere fallecimiento accidental u hospitalización. Asimismo, el estado de embriaguez o drogadicción del Asegurado, salvo se compruebe que fue inducido por el delincuente para facilitar el robo y/o asalto y/o secuestro. Se considerará estado de embriaguez cuando el Asegurado se niegue a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda, o cuando habiéndosele practicado, éste arroje un resultado mayor a 0.50 gr. /lt. De alcohol en la sangre al momento del siniestro.
3. Cualquier acto intencional o que constituya la causa del siniestro por parte de un beneficiario del Asegurado o persona que habita la casa del Asegurado que ocasiona lesión corporal, incluyendo actos realizados en defensa propia o en la defensa de un tercero. Se considera intencional cualquier lesión a consecuencia de la utilización de un arma de fuego o punzo cortante o cualquier otro instrumento letal, que ocurre durante dicho acto.
4. No se reembolsará al Asegurado el uso de la tarjeta fuera del territorio nacional –excepto en caso de consumos indebidos de la Tarjeta Oh! Internacional regulado en el numeral 3 del artículo 2 del presente Condicionado-, así como la pérdida de cualquier otro instrumento negociable, incluyendo cheques de viajero o cualquier otro monto de dinero en la posesión del Asegurado en el momento de ocurrir el robo y/o asalto y/o secuestro.
5. Uso indebido de páginas web falsas o simuladas del Contratante (Homebanking).
6. Cualquier pérdida y/o lesión que no esté relacionada a la cobertura de Robo y/o Asalto y/o Secuestro, así como enfermedades preexistentes que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro.

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 N° 5: 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 N° 6: 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 ni penalidad alguna, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias y en tanto no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el presente contrato, comunicando su decisión a los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o 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 dentro de los treinta (30) días siguientes contados desde la recepción de la solicitud, no sujeta a penalidad alguna.

ARTÍCULO N° 7: DECLARACIONES

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

ARTÍCULO N° 8: MONEDA DEL CONTRATO

El Capital Asegurado, el monto de la Prima y demás valores de este contrato se expresarán en dólares americanos o en moneda nacional, según se establezca en las Condiciones Particulares y/o en la Solicitud de Seguro.

ARTICULO N° 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 Contratante realice el pago total de las primas o cuotas vencidas. La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante, mientras que la Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver el contrato o éste no se haya extinguido.

ARTÍCULO N° 10: 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 o de La Compañía, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor

- a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12.
 - 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.
 - e. Cuando se presente fraudulentamente una solicitud de cobertura basada en documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 11. La Compañía comunicará la resolución al Contratante dentro de los treinta (30) días posteriores a haber tomado conocimiento del fraude.

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 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, 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° 11: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

Para todos los casos, el aviso del siniestro deberá ser comunicado a La Compañía o al Comercializador dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

Para los siguientes casos:

1. Reembolso por uso indebido de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera causa de hurto o de robo y/o asalto y/o secuestro en cajeros automáticos.
2. Reembolso por consumos indebidos de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera.

3. Reembolso por consumos indebidos de la(s) Tarjeta(s) OH internacional Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera
4. Reembolso por fraude de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera (Incluye "Cambiao").
5. Reembolso por uso indebido de la(s) tarjeta(s) de crédito Asegurada(s) emitida(s) por otras Entidades Financieras a causa de hurto o de robo y/o asalto y/o secuestro en cajeros automáticos.
6. Reembolso de la compra de bienes realizadas con la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera que hayan sido objeto de robo y/o asalto.

El procedimiento para la solicitud de cobertura será el siguiente:

- (i) Bloquear la(s) tarjeta(s) sustraída(s), mediante la llamada a las centrales del Comercializador y obtener el (los) código(s) de bloqueo(s) correspondientes, dentro de un plazo no mayor de cuatro (4) horas de ocurrido el siniestro.
- (ii) Presentar la denuncia a la policía en la delegación donde se dieron los hechos dentro de un plazo no mayor de cuatro (24) horas de ocurrido el siniestro o de haber tomado conocimiento del hecho, en caso de fraude.
- (iii) El Asegurado o la persona que está actuando en su representación deberá acercarse a las oficinas o agencias del Comercializador o en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía con:

- a) Copia certificada de la denuncia policial.
- b) Copia simple del documento de identidad del titular de la tarjeta.
- c) Presentar el (los) código(s) asignando la fecha y hora del bloqueo de la(s) Tarjeta(s).
- d) Presentar copia legalizada del estado de cuenta o consulta de movimiento y/o registro de movimientos emitido por la entidad bancaria que acrediten el lugar y los consumos y/o retiros indebidos de los cajeros automáticos.

(iv) En caso La Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales, podrá requerir las mismas dentro de los primeros veinte (20) días de haber recibido la documentación e información completa establecida en la póliza. Asimismo, dentro del plazo anteriormente indicado La Compañía podrá solicitar una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.

7. Reembolso por consumos indebidos de la(s) Tarjeta(s) de crédito Asegurada(s) emitida(s) por otras Entidades Financieras.

El procedimiento para la solicitud de cobertura será el siguiente:

- (i) Bloquear la(s) tarjeta(s) sustraídas, mediante la llamada a las centrales de la(s) Entidad(es) Financiera(s) y obtener el (los) código(s) de bloqueo(s) correspondiente(s), dentro de un plazo no mayor de cuatro (4) horas de ocurrido el siniestro o de haber tomado conocimiento del hecho, en caso corresponda.
- (ii) Presentar la denuncia a la policía en la delegación donde se dieron los hechos dentro de un plazo no mayor de cuatro (24) horas de ocurrido el siniestro o de haber tomado conocimiento del hecho, en caso corresponda.

(iii) El Asegurado o la persona que está actuando en su representación deberá acercarse al Comercializador o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía con:

- a) Copia certificada de la denuncia policial.
- b) Copia simple del documento de identidad del titular de la tarjeta.
- c) Presentar (los) código(s) asignando la fecha y hora del bloqueo de la(s) Tarjeta(s).
- d) Presentar copia legalizada del estado de cuenta o consulta de movimiento y/o registro de movimientos emitido por la entidad bancaria que acrediten el lugar y los consumos y/o retiros indebidos de los cajeros automáticos.

(iv) En caso La Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales, podrá requerir las mismas dentro de los primeros veinte (20) días de haber recibido la documentación e información completa establecida en la póliza. Asimismo, dentro del plazo anteriormente indicado La Compañía podrá solicitar una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.

8. Fallecimiento Accidental a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro

Posteriormente, para solicitar la cobertura el beneficiario o la persona que está actuando en su representación deben acercarse a cualquier oficina o agencia del Comercializador o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía con los siguientes documentos:

- a) Formato de Solicitud de Cobertura de La Compañía.
- b) Original o copia legalizada del certificado médico de defunción, en formato oficial completo.
- c) Original o copia legalizada de la Partida o Acta de defunción.
- d) Copia certificada del Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda.
- e) Original o copia certificada del Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- f) Original o copia certificada del Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

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

En caso La Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales, podrá requerir las mismas dentro de los primeros veinte (20) días de haber recibido la documentación e información completa establecida en la póliza.

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

El plazo para efectuar la solicitud de esta cobertura será de treinta (30) días desde la fecha de ocurrencia del siniestro.

El Asegurado deberá presentar la siguiente documentación para poder evaluar la(s) atención(es) recibida(s):

- a) Original o copia legalizada del informe médico que detalle el tratamiento efectuado, y los días de hospitalización requeridos,
- b) Original de recetas, exámenes y resultados de los mismos que permita validar a La Compañía la atención recibida por el Asegurado.

En caso La Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales, podrá requerir las mismas dentro de los primeros veinte (20) días de haber recibido la documentación e información completa establecida en la póliza. Asimismo, dentro del plazo anteriormente indicado La Compañía podrá solicitar una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.

10. Reembolso de gastos de duplicados y reposición de documentos por hurto o robo y/o asalto y/o secuestro

El Asegurado o la persona que está actuando en su representación debe presentar una carta simple dirigida a La Compañía adjuntando la copia certificada de la denuncia policial y los documentos que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos en su Centro de Servicio de Atención al Cliente.

11. Fallecimiento Natural:

Los Beneficiarios deberán presentarse al Comercializador o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía acreditando su calidad de tales, presentando los siguientes documentos:

- a) Original o copia legalizada de la Partida o Acta de Defunción
- b) Original o copia legalizada del Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato completo.
- c) Copia de Documento de Identidad de (los) Beneficiario(s).

12. Fallecimiento Accidental:

Adicionalmente a los requisitos señalados en el numeral anterior, se deberán presentar los siguientes documentos en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía o del Comercializador:

- a) Formato de Solicitud de Cobertura de La Compañía.
- b) Copia legalizada del Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda.
- c) Original o copia legalizada del Protocolo de necropsia completo, en caso

corresponda.

d) Original o copia legalizada del Resultado de examen de dosaje etílico, en caso corresponda.

f) Original o copia legalizada del Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

13. Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad:

Se deberá presentar al Comercializador o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes con los que el Contratante cuente, que necesariamente incluirán el certificado médico legalizado e informe médico ampliatorio, en caso corresponda, además del documento de identidad del Asegurado y el 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° 21 “Determinación de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad”.

14. Renta Alimenticia por Fallecimiento:

Para proceder al cobro de este siniestro en caso de Fallecimiento Natural o Fallecimiento Accidental se presentarán en las oficinas del Comercializador o en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía los mismos documentos señalados en los puntos 11 o 12, según sea el caso, por los beneficiarios a La Compañía o al Comercializador mediante el Formato de Solicitud de Cobertura de La Compañía.

15. Indemnización por diagnóstico de Cáncer:

El Asegurado deberá informar por escrito a La Compañía sobre la ocurrencia del siniestro adjuntando lo siguiente:

- a) El diagnóstico del médico especialista que lo atendió.
- b) La documentación sustentatoria, en base a pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, del laboratorio.

La documentación antes mencionada deberá ser presentada dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de determinación del diagnóstico definitivo en las oficinas o agencias del Comercializador o en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía. El costo de estas pruebas no será de cargo de La Compañía.

El aviso del siniestro para todas las coberturas deberá realizarse por escrito a los Centros de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador.

En todas las coberturas, de requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el 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 el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

Los documentos que se requieran en el presente artículo deberán ser entregados en los Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador.

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.

Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. En caso de la cobertura de fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este tome conocimiento de la existencia del beneficio.

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

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

El monto de la prima, y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza y se consignan en la Solicitud de Seguro respectivo y podrán ser modificadas de mutuo acuerdo entre La Compañía y el Contratante, de lo que se informará previamente por escrito al Contratante con cuarenta (45) días de anticipación al vencimiento, conforme lo señalado al Artículo N° 18 de estas Condiciones. Para ello, La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante y este deberá poner en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado.

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 el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo con el que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encuentra suspendida.

En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias.

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

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

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

Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagas correspondientes al 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° 13: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

La Compañía así como el Contratante en cualquier momento podrán solicitar la resolución sin expresión de causa de la Póliza.

Para efectos de que el Contratante 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, los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.com.pe), o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante 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° 14: 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.

- (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 mismos que serán debidamente sustentados.**

Para todos los supuestos de nulidad, el Contratante, Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de solicitar indemnización o beneficio alguno relacionado bajo esta Póliza. Asimismo, en los supuestos contemplados en el literal (i), 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 Contratante las primas pagadas en los siguientes treinta (30) días.

La nulidad por reticencia y/o declaración inexacta deberá ser invocada en el plazo de 30 días desde que la compañía conoce de la reticencia y/o declaración inexacta.

Si el Contratante 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 15: FRANQUICIAS, DEDUCIBLES O COASEGURO

Para el caso de gastos por hospitalización, el Asegurado asumirá el pago correspondiente a lo establecido en las Condiciones Particulares

ARTÍCULO Nº 16: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

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

ARTÍCULO Nº 17: SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS

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

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

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

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

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

En caso de concurrencia de La Compañía y el Contratante frente al responsable del siniestro, la reparación que se obtenga se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses. Los gastos y costos de la reclamación conjunta serán soportados igualmente en proporción al interés reclamado.

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

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

ARTÍCULO Nº 18: RENOVACIÓN DEL SEGURO

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

del Contratante, La Compañía remitirá por escrito la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

ARTÍCULO N° 19: 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 hiciere cualquier otra persona distinta de las expresadas.

ARTICULO N° 20: DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

- 1. Para el consentimiento expreso, una vez que el Contratante o sus 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 treinta (30) días calendario de presentados todos los documentos exigidos para la liquidación del siniestro en la presente póliza La Compañía no se manifestara sobre la procedencia o no de la solicitud de cobertura.**

Sin perjuicio de lo antes indicado, cuando La Compañía requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, deberá solicitarle al Asegurado la ampliación del plazo. Si el Asegurado no lo aprueba, La Compañía podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta (30) días. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad. A falta de pronunciamiento dentro de dicho plazo, se entiende aprobada la solicitud.

Luego de aprobado el pago del siniestro o 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 o la indemnización serán pagados en un plazo no mayor a treinta (30) días de aprobado el pago del siniestro o consentido el mismo, en las Oficinas de Atención al Cliente.

ARTÍCULO N° 21: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Para los casos de determinación de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad en los que no se cuente con el Dictamen de Invalidez del COMAFP, COMEC 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° 11 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 Contratante y si dichas lesiones fueron originadas por una enfermedad o 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 Contratante 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 Contratante, 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 Contratante, 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.

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

ARTÍCULO N° 22: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre La Compañía y el Contratante 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, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza y en la Solicitud de Seguro.

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

ARTÍCULO N° 23: EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

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

ARTÍCULO N° 24: PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS

Los requerimientos y/o reclamos serán recibidos, en cualquier momento, vía fax, correo, llamadas telefónicas, página web, correo electrónico o 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

Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro
Central de Atención al Cliente (Lima): 500-0000 – Fax: 611-9255

Arequipa

Mz. D Lote 1, Urb. Los Cedros - Yanahuara, Arequipa
Central de Atención al Cliente (Arequipa): 054-603101

Chiclayo

Calle Los Dulantos N° 110, Urb. Santa Victoria, Chiclayo
Central de Atención al Cliente (Chiclayo): 074-232512

Correo Electrónico: servicios@interseguro.com.pe / Página web: www.interseguro.com.pe

ARTÍCULO N° 25: 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: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro, Lima – Perú; Telefax: 421-0614).

2.2 El Instituto Nacional 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.