



**CONDICIONES GENERALES
SEGURO TEMPORAL EN GRUPO VEA ACCIDENTES
CÓDIGO SBS AE2026100102**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

ARTÍCULO Nº 1: DEFINICIONES

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

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

Accidente: 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 señalados en el párrafo anterior que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, accidentes cerebrovasculares, enfermedades cerebrovasculares, desórdenes 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 la Solicitud - Certificado de la Póliza, quienes se beneficiarán con el o los porcentajes establecidos en el mismo, o mediante endosos si la modificación es posterior.

Capital Asegurado o Suma Asegurada: Es el monto contratado para cada cobertura, pagadero en caso de siniestro, el cual figura en las Condiciones Particulares de la Póliza o en la Solicitud – Certificado.

Capital al Contado: Es el monto de la Suma Asegurada que recibe el Asegurado o el (los) Beneficiarios al momento de presentarse el siniestro. Éste se pagará por única vez, y en base al plan y moneda elegida por el Asegurado al momento de contratar el Seguro con La Compañía.

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 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 los alcances de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, modalidad de pago de primas, vigencia del contrato, entre otros.

Contratante: Es la persona natural o jurídica que contrata la Póliza y que asume los derechos y obligaciones estipuladas en la misma y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Contrato de Seguro: Es el 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. Los deportes riesgosos se encuentran detallados en el literal i) del Artículo N° 3 Exclusiones.

Endoso: Es el documento que contiene el acuerdo mediante el cual se establece modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante, y que se adhiere a la póliza.

Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico colegiado. Todas las enfermedades que existen simultáneamente, debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma.

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 - Certificado del seguro.

Exclusiones: Se refiere a todas las circunstancias y/o causas de siniestros no cubiertos por el seguro y que se encuentran expresamente señaladas en la Póliza.

Fallecimiento Accidental: 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.

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

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

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 endías calendario, salvo aquellos que expresamente indiquen lo contrario en la presente Póliza.

Póliza: Documento en el que consta el contrato de seguro, conformado por las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, cláusulas adicionales, endosos, así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el Contratante 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.

Prima pura de riesgo: Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el seguro. Es la prima asociada al valor esperado de los siniestros del riesgo en cuestión así como el de otras obligaciones contractuales, considerando, en su caso, valores garantizados, el efecto de deducibles, coaseguros, salvamentos y recuperaciones, así como el margen para desviaciones y la provisión para gastos de ajuste y otros gastos relacionados con el manejo de los siniestros, si son aplicables.

Solicitud - Certificado de Seguros: Documento que contiene la solicitud, certificado y resumen de la Póliza. La solicitud es el documento en el que consta la voluntad del Asegurado de contratar el seguro, cuyo formato es elaborado por La Compañía.

TCEA(Tasa de Costo Efectivo Anual): Es la tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el contratante con el monto por concepto de prima comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada a un año de 360 días. Es decir, es la tasa de cuánto le cuesta al contratante fraccionar el costo anual de la prima comercial.

ARTÍCULO Nº 2: COBERTURAS

En los términos de la presente Póliza, las sumas aseguradas señaladas en las Condiciones Particulares, esto es: capital al contado por única vez y pensiones mensuales de acuerdo al plan y periodo elegido por el Asegurado, serán pagadas por La Compañía, si cualquiera de los eventos abajo descritos ocurre, como consecuencia directa e inmediata de lesiones sufridas causadas por un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza o por una causa no considerada en las exclusiones de la misma.

La pensión se pagará mediante vales de consumo redimibles en el (los) establecimiento(s) comercial(es) indicado(s) de acuerdo al Plan elegido por el Asegurado y a la periodicidad indicada en las Condiciones Particulares. El Capital Asegurado adicional y/o el Capital Asegurado por Invalidez Parcial Accidental especificado en las Condiciones Particulares, se pagará al contado luego de la evaluación del expediente.

Los alcances de cada cobertura se describen a continuación:

a) Fallecimiento Accidental: En virtud de esta cobertura La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada especificada en las Condiciones Particulares, después de recibidas y aprobadas por parte de La Compañía las pruebas y exámenes establecidos en el Artículo N° 13 de las presentes Condiciones Generales, mediante los cuales se acredite que el fallecimiento del Asegurado se produjo como consecuencia directa o inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza y por una causa no considerada en las exclusiones de la Póliza. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquél que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

b) 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 ocurrido durante la vigencia de esta Póliza 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 dentro de los dos (2) años siguientes al accidente y se cumplan las condiciones siguientes:

- Que el Asegurado haya sufrido lesiones o 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° 14 Determinación de La Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente.

I. 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 o en un porcentaje igual o superior al 66,67%, de su capacidad de trabajo

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

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

En caso La Compañía necesitare 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.

La determinación de la invalidez se realizará de acuerdo a lo establecido en el artículo N° 14 de las presentes condiciones generales.

II. Invalidez Parcial y Permanente por Accidente

Se considerará Invalidez Parcial y Permanente por Accidente la pérdida anatómica o funcional descrita a continuación. En estos casos, La Compañía indemnizará al Asegurado una fracción del Capital Asegurado para Invalidez Parcial y Permanente por Accidente contratado, 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. La indemnización 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 Total o Parcial y Permanente por Accidente, no podrá en ningún caso exceder el 100% del Capital Asegurado por concepto de esta cobertura.

Las coberturas previstas en la presente Póliza adquieren fuerza legal desde las cero (00:00) horas del día de inicio de la cobertura hasta las veinticuatro horas (24:00) del día de término de la cobertura, ambas fechas están indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO Nº 3: EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los riesgos de Fallecimiento Accidental e Invalidez Permanente Total o Parcial Por Accidente si el Fallecimiento o la invalidez 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 participes de dicho acto, de reclamar el porcentaje o alícuota correspondiente de la Suma Asegurada.
- c) Participación en pleitos, grescas, peleas, agresiones físicas, en forma individual y/o conjunta, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se trató de un acto de legítima defensa.
- 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 producido 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, 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 o desde la rehabilitación de la póliza.
- g) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o Fuerzas Policiales de cualquier tipo. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.
- h) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.
- i) Participación en deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, streetluge. 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) La práctica o desempeño de actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia. Se entenderá la realización o practica de una actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. Se consideran como actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.
- k) Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que 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/litro de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente.
- 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, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por La Compañía en la Póliza.
- m) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo cuando el Asegurado viaje como pasajero en transporte aéreo de servicio público autorizado; o intervenir en operaciones o viajes submarinos.
- n) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo 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, así como anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, que sean de conocimiento del Asegurado a la fecha de contratación del presente seguro y que sean causa de invalidez permanente y/o fallecimiento.
- q) Infecciones bacterianas, excepto aquéllas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación como consecuencia de un accidente.

- r) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- s) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones cubiertas por esta Póliza.
- t) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
- u) Exámenes médicos para el descarte de enfermedades.
- v) Cirugía plástica o cosmética.
- w) Cualquier tipo de enfermedad mental y del comportamiento.
- x) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de inmunodeficiencia adquirida.

ARTICULO 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 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 respecto de las modificaciones efectuadas al Contratante y éste deberá ponerlas en conocimiento de los Asegurados.

ARTÍCULO N° 5: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de 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 al Centro de Atención al Cliente de La Compañía señalado en el Artículo N° 20, al domicilio del Contratante o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medio utilizados para la contratación del seguro, quienes devolverán la prima recibida, no sujeta a penalidad alguna.

ARTÍCULO N°6: DISPOSICIONES GENERALES

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

ARTÍCULO N° 7: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Para las coberturas de Fallecimiento Accidental, el Asegurado podrá designar a dos (2) personas para cobrar el importe al que ascienda el Capital Asegurado en caso contrario los Beneficiarios serán, los herederos legales, conforme a las normas vigentes aplicables. Dicha designación consta en la Solicitud - Certificado del Seguro.

El Asegurado podrá cambiar de Beneficiarios cuando lo estime conveniente, manifestándolo por escrito a La Compañía.

La Compañía pagará el Capital Asegurado a los Beneficiarios designados por el Asegurado y registrados en esta Póliza, o los herederos legales y con dicho pago 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.

ARTÍCULO Nº 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 a la fecha de celebración del presente Contrato.

ARTÍCULO Nº 9: PAGO DE PRIMAY CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

Por tratarse de un seguro grupalel 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 de la Póliza y 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 al 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 no reclama 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 además la mora establecida en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

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

Sin perjuicio de lo expuesto, La Compañía no será responsable por las

omisiones o faltas de diligencia del Asegurado que produzcan atrasos en el pago de la Prima.

El pago de primas cesa a la fecha de vencimiento de la Póliza o con el Fallecimiento Accidental del Asegurado, si esto ocurre antes.

ARTÍCULO N° 10: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO Y/O DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO

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

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 16.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 9.
- 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, cuando el Contratante y/o el Asegurado incurren en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro.

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

- a. Cuando se reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 13.
- b. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 16.
- c. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 9.
- d. Si durante el plazo de 15 días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver la Solicitud-Certificado. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.
- e. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante o que no se pronuncie sobre el mismo, cuando el Contratante y/o Asegurado incurren en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro.

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.

En los demás casos mencionados La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada deduciendo los gastos administrativos correspondientes, los cuales serán debidamente sustentados.

ARTÍCULO Nº 11: NULIDAD DEL CONTRATO

La relación contractual establecida con cada Asegurado, regulada mediante la presente póliza, será nula por causal existente al momento de su celebración, es decir no tiene valor legal alguno, en los siguientes casos:

- (i) El contrato de seguro es nulo si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- (ii) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos, el contrato es nulo.
- (iii) Por reticencia y/o declaración inexacta relativa al estado de salud del Asegurado, mediando dolo o culpa inexcusable, que pudiera influir en la apreciación del riesgo o de cualquier circunstancia, que conocida por La Compañía, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones. La nulidad no procede cuando las circunstancias fueron contenidas en una pregunta expresa no respondida en el cuestionario, y La Compañía igualmente celebró el contrato.
- (iv) Por reticencia y/o declaración inexacta relativa a la ocupación, actividades y deportes riesgosos practicados por el Asegurado y conocida por éste al momento de la celebración del contrato, solo cuando medie dolo o culpa inexcusable. La nulidad no procede cuando las circunstancias fueron contenidas en una pregunta expresa no respondida en el cuestionario, y La Compañía igualmente celebró el contrato.
- (v) 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.

Cabe precisar que la póliza será indisputable para La Compañía si transcurren los dos (2) años desde su celebración, excepto cuando la reticencia o falsa declaración sea dolosa.

En caso de nulidad por las causales establecidas en los numerales (i), (ii) y (v), La Compañía procederá a devolver las primas pagadas sin interés, pudiendo no obstante descontar los gastos incurridos, los cuales serán debidamente sustentados.

En caso de nulidad por las causales establecidas en los numerales (iii) y (iv), el Asegurado, por concepto de penalidad, 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 Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios designados ya hubieran cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a La Compañía el capital percibido, más intereses legales y tributos.

ARTICULO 12º 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 Asegurador realice el pago total de las primas o cuotas vencidas. La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante, mientras que La Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver el contrato o éste no se haya extinguido.

ARTÍCULO Nº 13: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

El siniestro deberá ser comunicado a La Compañía por escrito a los Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía 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, según corresponda.

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

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

Al Fallecimiento Accidental, el (los) Beneficiario (s), acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago de las Sumas Aseguradas presentando los documentos indicados.

Procedimiento para Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente del Asegurado: el Asegurado acreditando su calidad de tal, podrá exigir el pago de las Sumas Aseguradas presentando a la oficina de 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 del DNI del Asegurado.
- c. Original o copia certificada del resultado del examen de Dosaje Etílico, en caso corresponda.
- d. Original o copia certificada del resultado del examen Toxicológico, en caso corresponda.
- e. Original de la Denuncia Policial.

- f. **Original o copia certificada del atestado policial completo, en caso corresponda.**
- g. **Original o copia certificada del dictamen de invalidez del COMAFP o COMEC, en caso corresponda.**

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

En caso de Invalidez Permanente Parcial o Total por Accidente de no presentarse el Dictamen de invalidez del COMAFP o COMEC, La Compañía examinará 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, de acuerdo a lo establecido en el Artículo N° 14.

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.

ARTÍCULO N° 14: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL O PARCIAL POR ACCIDENTE

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 N° 15: PAGO DE LAS SUMAS ASEGURADAS

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.

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 será cumplida por La Compañía en vales de consumo del establecimiento comercial y con la periodicidad y moneda indicada en las Condiciones Particulares y la Solicitud - Certificado de la Póliza.

Queda expresamente establecido y pactado entre las partes, y así reconocido y declarado por el Contratante, 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, única y exclusivamente será efectuada en los vales de consumo a que se refiere el Artículo N° 2 de la presente Póliza, quedando de esa forma satisfecha la obligación a cargo de La Compañía. La presente estipulación sólo está sujeta a la excepción prevista por el siguiente párrafo del presente Artículo.

Si 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 la Solicitud-Certificado del seguro, 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.

Sin perjuicio de lo establecido en el Artículo N° 11, si la edad del Asegurado fuese mayor a la declarada o a la señalada en las Condiciones Particulares (pero menor de 65 años), La Compañía podrá optar por pagar el Capital Asegurado reducido en proporción al monto de la prima recibida y la edad efectiva. Si, además, el Asegurado hubiere tenido más de sesenta y cinco (65) años de edad al momento de contratarse el seguro, La Compañía sólo devolverá al Contratante la prima recibida, sin intereses y descontando el valor de las comisiones y gastos, los cuales serán debidamente sustentados.

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

ARTÍCULO N° 16: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

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 a través de los mismos mecanismos utilizados para la contratación del seguro, con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación:

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

Asimismo, cualquier Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa al contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión por escrito 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 terminar anticipadamente su afiliación al contrato.
- b. Original y copia del Documento Nacional de Identidad.

Dicho trámite podrá efectuarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, en los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.com.pe), en el

domicilio del Contratante, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante o el Asegurado tuviesen algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado deberá otorgar un poder notarial para que un tercero lo realice en su nombre, a través de una carta poder con firma legalizada.

La Compañía procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada. El contrato terminará una vez transcurridos treinta (30) días del mes siguiente de la recepción de la solicitud de resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

ARTÍCULO N° 17: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos, contribuciones, tasas y en general tributos de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en el futuro o eventuales aumentos de los tributos ya existentes que se establezcan sobre las primas, intereses, capitales Asegurados o sobre cualquier otra base y que afecten al presente contrato serán de cargo del Contratante, del Asegurado, del Beneficiario o heredero de éstos, según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo de La Compañía.

ARTÍCULO N° 18: 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.

ARTÍCULO N° 19: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre La Compañía y el Contratante, el Asegurado o sus Beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta o correo electrónico, dirigida al domicilio de La Compañía o al último domicilio electrónico o físico del Contratante o Asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

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

El Contratante será el encargado de comunicar al Asegurado sobre el ejercicio del derecho de resolución sin expresión de causa indicado en el Artículo N° 16.

ARTÍCULO N° 20: 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.

Lima
Centros de Atención al Cliente

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
Página web: www.interseguro.com.pe

Arequipa
Umacollo
Av. Víctor Andrés Belaunde Mz. B Lote 3
Teléfono: (054) 603101

ARTÍCULO N° 21: 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 de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario podrá acudir a las siguientes instancias:

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

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

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