

**CONDICIONES GENERALES  
SEGURO DE VIDA SEPELIO FAMILIAR  
CÓDIGO SBS VI2028000110**

**Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias**

## **CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA SEPELIO FAMILIAR**

### **ARTICULO Nº 1: DEFINICIONES**

**Asegurado:** Es la persona titular del interés asegurable que se encuentra expuesta a los riesgos cubiertos por esta póliza y es señalada como tal en las condiciones particulares. Para efectos de este seguro se considerarán como asegurados el Asegurado Principal y el(los) Asegurado(s) Adicional(es).

**Asegurado Principal:** Se refiere al titular del presente seguro.

**Asegurado(s) Adicional(es):** Se refiere al Cónyuge e hijos del Asegurado principal.

**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.**

**Beneficiario(s):** Es la persona o personas señaladas en las Condiciones Particulares de la Póliza, quienes se beneficiarán con el o los porcentajes establecidos en las Condiciones Particulares o mediante endoso si la modificación es posterior.

**Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el monto contratado para cada cobertura, el cual figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

**Condiciones Particulares:** Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado en el cual se indican el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la descripción del Asegurado y el beneficiario o beneficiarios, si los hubiere, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, forma de pago de primas, vigencia del contrato, entre otros.

**Contratante:** Es la persona natural o jurídica que contrata la póliza y que asume los derechos y obligaciones que de ella se derivan y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

**Contrato de Seguro:** Acuerdo de voluntades por el cual la Compañía se obliga frente al Contratante a cambio del pago de una prima, a indemnizar al asegurado o a un tercero, dentro de los límites y condiciones estipulados en la póliza de seguro, en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

**Deportes Riesgosos:** Son todos aquellos deportes, actividades de ocio, o disciplinas profesionales con algún componente deportivo que comportan una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican. Se consideran deportes riesgosos para efectos de esta Póliza: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, street luge. Así también la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.

**Endoso:** Es el documento que contiene el acuerdo mediante el cual se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante y que se adhiere a la Póliza. El endoso surte efecto una vez que ha sido suscrito y/o aprobado por La Compañía y el Contratante.

**Enfermedad preexistente:** Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un médico colegiado conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la solicitud 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.

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

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

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

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

**Póliza:** documento en el que consta el contrato de seguro, conformado por las condiciones generales, particulares, solicitudes de la póliza, condiciones especiales, cláusulas

adicionales, endosos, así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el Contratante o Asegurado, con ocasión de la contratación del seguro.

**Prima comercial:** Es el valor determinado por La Compañía, como contraprestación por la cobertura de seguro contratada. Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de La Compañía.

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

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

## **ARTÍCULO N° 2: COBERTURA**

La presente Póliza otorga las siguientes coberturas al asegurado, su cónyuge e hijos de acuerdo a las condiciones particulares:

### a) Fallecimiento Natural:

En caso del fallecimiento del Asegurado, conviviente, cónyuge o hijo(s) 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.

### b) Invalidez Accidental Total y Permanente:

La Compañía pagará a los Beneficiarios el Capital establecido para esta cobertura en las Condiciones Particulares, si durante la vigencia de la Póliza el Asegurado, cónyuge o hijo(s) sufre un accidente, cuya causa no se encuentre incluida dentro de las exclusiones, que le produzca cualquiera de los siguientes estados:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental o descerebración que no permita al Asegurado ningún trabajo o 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 considerará que la invalidez es total y permanente por accidente y se 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 de

emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, y presentara la pérdida total o 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 66,66%, de su capacidad de trabajo, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

La cobertura de Fallecimiento y Gastos de sepelio se extinguirá para cónyuge o hijo (s) a quienes se les haya otorgado la cobertura por Invalidez Accidental Total y Permanente.

c) Gastos de Sepelio:

De proceder el pago de la cobertura por Fallecimiento Natural, la Compañía pagará adicionalmente, el beneficio establecido para esta cobertura de acuerdo al plan elegido por el Asegurado.

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

### **ARTÍCULO N° 3: EXCLUSIONES**

**Este seguro no cubre el riesgo de fallecimiento, la invalidez accidental total y permanente ni gastos de sepelio del Asegurado, cónyuge o hijo (s), si éste fuere causado por:**

- 1. Suicidio, intento de suicidio, automutilación, o autolesión, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.**
- 2. Pena de muerte o muerte producida por participación en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.**
- 3. 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/lit de alcohol en la sangre; según se determine por el dosaje étílico o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.**
- 4. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.**
- 5. Participación activa en deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, street luge. Así también la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.**

6. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
7. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; y el intervenir en operaciones o viajes submarinos.
8. Enfermedades preexistentes.
9. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de inmunodeficiencia.

#### **ARTICULO Nº 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 a su aplicación y por escrito. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado.

#### **ARTÍCULO Nº 5: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el Contratante recibe la Póliza, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, comunicando su decisión a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Asimismo, se procederá a devolver la prima recibida, no sujeta a penalidad alguna.

#### **ARTÍCULO Nº 6: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO**

La veracidad de las declaraciones hechas en la propuesta o solicitud de seguro, en sus documentos accesorios complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

#### **ARTÍCULO Nº 7: 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.

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

Es la persona o personas señaladas por el Contratante en la solicitud de seguro, quienes se beneficiarán con el o los porcentajes establecidos en dicha solicitud en caso del fallecimiento del Asegurado.

El Contratante bajo esta Póliza podrá cambiar de beneficiario o beneficiarios en cualquier momento, siempre que formule dicha solicitud a la Compañía por escrito. En este sentido, la Compañía pagará al último beneficiario registrado, quedando libre de toda obligación.

En caso de fallecimiento del o los Beneficiarios antes que el Asegurado, o de no haberse designado beneficiario alguno, el monto del seguro se pagará a los herederos legales.

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

#### **ARTÍCULO N° 9: MONEDA DEL CONTRATO**

El capital asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato se expresarán en moneda extranjera o en moneda nacional según se especifique en las Condiciones Particulares.

#### **ARTÍCULO N° 10: PAGO DE PRIMAS Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO**

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

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

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

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

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

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

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

El pago de primas cesa a la fecha de vencimiento de la póliza, o con el fallecimiento

**del Asegurado, cualquiera que ocurra primero.**

#### **ARTICULO Nº 11: REHABILITACIÓN LEGAL**

En caso que el contrato de seguro se encuentre suspendido por incumplimiento del pago de primas conforme al Artículo Nº 10, la cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente en el que el Contratante realice el pago total de las primas o cuotas vencidas. La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante, mientras que La Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver el contrato o éste no se haya extinguido.

#### **ARTÍCULO Nº 12: RENOVACIÓN DEL SEGURO**

La Compañía podrá renovar automáticamente esta Póliza finalizada su vigencia por un período igual al inicialmente contratado, salvo que el Contratante manifieste por escrito su decisión de no renovar el seguro con treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento. Si correspondiera modificar el monto de la prima de renovación, este nuevo monto deberá ser informado por La Compañía al Contratante con cuarenta y cinco (45) días de anticipación del vencimiento. El Contratante tendrá un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo. En caso de silencio del Contratante se entenderá que aprueba la modificación. La Renovación se efectuará hasta la fecha de fin de vigencia indicado en las Condiciones Particulares.

#### **ARTÍCULO Nº 13: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS Y COASEGURO**

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

#### **ARTÍCULO Nº 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 y/o Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. El contrato es nulo si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado. 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 la celebración del contrato se había producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.**



- (iv) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los cuales que serán debidamente sustentados.

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

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

En el supuesto del numeral (i), 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 relación contractual. Para las demás causales La Compañía realizará la devolución de las primas.

Si el Asegurado y/o Beneficiarios designados ya hubieran cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a La Compañía el capital percibido, más intereses legales, gastos y tributos a que hubiera lugar. Los gastos serán debidamente sustentados.

#### **ARTÍCULO Nº 15: CAUSALES DE RESOLUCION DEL CONTRATO**

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

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 16.
- b. Si reclaman fraudulentamente o se apoyan en documentos o declaraciones falsas, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 17.
- c. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 10. La Compañía tiene derecho al cobro de la misma de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.
- d. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante o que no se pronuncie sobre el mismo, cuando el Contratante y/o el Asegurado incurren en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo de treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.
- e. El Asegurado tiene derecho a revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento, en caso el Contratante y el Asegurado sean personas distintas. En este supuesto la cobertura cesa desde la recepción de dicho documento y la prima no devengada será devuelta.
- f. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

En caso el Contratante optase por la resolución del Contrato, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente

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

En los demás casos mencionados, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada deduciendo los gastos administrativos correspondientes, los mismos que serán debidamente sustentados. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del Comercializador.

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

#### **ARTÍCULO N° 16: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA**

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

- a. Carta dirigida a La Compañía en la que se manifieste expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.
- b. Original y copia del Documento Nacional de Identidad.

Dicho trámite podrá efectuarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, en los que figuran detallados en la web de La Compañía ([www.interseguro.com.pe](http://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 tuviese algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado deberá otorgar un poder notarial para que un tercero lo realice en su nombre, a través de una carta poder con firma legalizada.

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

#### **ARTÍCULO N° 17: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA**

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

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

Al fallecimiento del Asegurado, cónyuge, conviviente o hijo, los Beneficiarios podrán exigir el pago del Capital Asegurado por fallecimiento y los gastos de sepelio presentando los siguientes documentos:

- a) Original o copia legalizada de la Partida de Defunción y Certificado Médico de Defunción de la persona fallecida.
- b) Documentos que acrediten la calidad del(los) Beneficiario(s) del seguro.
  - En caso el Beneficiario sea el cónyuge o el conviviente, se deberá presentar copia legalizada de la partida de matrimonio o el Certificado de Convivencia, respectivamente.
  - En caso los Beneficiarios sean los hijos, se deberá presentar copia legalizada de la partida de nacimiento.
  - En caso el Beneficiario sea la funeraria que solicita el pago de la cobertura de gastos de sepelio, se requiere la presentación de una declaración jurada a través de la cual los demás Beneficiarios indiquen que han recibido el servicio correspondiente.
- c) Copia simple del Documento de identidad del(los) Beneficiario(s) del seguro.
- d) Original o copia legalizada del Atestado policial completo, según corresponda.
- e) Original o copia legalizada del Certificado y/o Protocolo de Necropsia completo, según corresponda.
- f) Original o copia legalizada del Resultado del examen de Dosaje Etílico, según corresponda.
- g) Original o copia legalizada del Resultado del examen Toxicológico y de Alcoholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, según corresponda.

A la Invalidez Accidental Total y Permanente del Asegurado, cónyuge o hijo, los Beneficiarios, podrán exigir el pago del Capital Asegurado presentando los siguientes documentos:

- a) Copia simple del Documento Nacional de Identidad del Asegurado.
- b) Original o copia legalizada de la Denuncia Policial.
- c) Original o copia legalizada del resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcoholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, en caso corresponda.
- d) Original o copia legalizada del Dictamen de Invalidez emitido por COMAFP o COMEC o el Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud, caso contrario se aplicará el procedimiento establecido en el Artículo N° 20 "Determinación de la Invalidez".
- e) Original o copia legalizada del Atestado policial completo, según corresponda.
- f) Original o copia legalizada del resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcoholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, según corresponda.
- g) De ser el caso, original o copia legalizada de los informes y/o certificados médicos relativos a la Invalidez Permanente, Total o Parcial por Accidente del Asegurado.

En caso de la cobertura por Invalidez Accidental Total y Permanente, La Compañía tendrá derecho a examinar al Asegurado por los médicos que se designen para el efecto, pudiendo adoptar todas las medidas conducentes a la mejor y más completa investigación para determinar la certeza, naturaleza y gravedad de las lesiones

originadas en el accidente y verificar el grado de invalidez respectivo, conforme al procedimiento señalado en el Artículo N° 20 del presente condicionado. Es imprescindible la presentación de todos los documentos requeridos por La Compañía para la solicitud de cobertura.

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

En caso, el Asegurado, Beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios de la presente póliza, será de aplicación el Artículo N° 15, quedando el presente contrato resuelto. Para ello la Compañía, al momento de detectar la ocurrencia de los supuestos antes mencionados, comunicará al Contratante su decisión de resolver la póliza en virtud de lo aquí establecido.

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

En la presente póliza, entiéndase que la “copia legalizada” hace referencia a la certificación de reproducción notarial, de conformidad con el Artículo N° 110 del Decreto Legislativo N° 1049.

#### **ARTÍCULO N° 18: PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO**

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

- a. Para el supuesto de consentimiento expreso del siniestro, una vez que el Contratante o Beneficiarios hayan presentado todos los documentos requeridos en la presente póliza, siempre y cuando de dichos documentos se desprenda que el siniestro se encuentra bajo la cobertura del presente seguro, la póliza se encuentre vigente y la causal de la Invalidez o Fallecimiento no se encuentre dentro de las exclusiones del mismo. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento respecto a la documentación presentada.
- b. Para el caso del consentimiento tácito, si transcurridos más de treinta (30) días calendario de presentados todos los documentos exigidos para la liquidación del siniestro en la presente póliza La Compañía no se manifestara sobre la procedencia o no de la solicitud de cobertura.

Cuando La Compañía requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al Asegurado y/o Beneficiario la extensión del plazo antes señalado. En caso el Asegurado y/o Beneficiario no lo

aprobara, 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 y/o Beneficiario dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia deberá comunicarse al Asegurado y/o Beneficiario en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que el solicitante haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Luego de aprobado el pago del siniestro o vencido el plazo para consentir el mismo, la obligación de pagar el capital será cumplida por La Compañía de acuerdo a lo pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza. El capital será pagado 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. La forma de pago será detallada de acuerdo a la cobertura, conforme a lo establecido en el condicionado particular.

#### **ARTÍCULO N° 19: 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° 20: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

Para los casos de determinación de la Invalidez Total y Permanente por Accidente en los que no se cuente con el Dictamen de Invalidez del COMAFP, 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° 17 completa, para someter al Asegurado a exámenes médicos y pruebas necesarias a fin de determinar y verificar el grado de invalidez permanente por accidente que afecta al Asegurado y si dichas lesiones fueron originadas por un accidente cubierto.

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

**Central de la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMEC).**

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

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

#### **ARTÍCULO Nº 21: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS**

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

#### **ARTÍCULO Nº 22: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES**

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

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

#### **ARTÍCULO Nº 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.

#### **ARTÍCULO Nº 24: PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS**

Los requerimientos y/o reclamos serán recibidos, en cualquier momento, vía fax, correo, llamadas telefónicas o correo electrónico en cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente. La respuesta de los mismos será comunicada al cliente por medio escrito, en un periodo no mayor de treinta (30) días desde la recepción de la solicitud.

El área de Atención al Cliente es la encargada de atender los reclamos.

Centros de Atención al Cliente

San Isidro

Av. Paseo de la república 3071

Central de Atención al Cliente (Lima): 611-9230

Fax: 611-9255

Correo electrónico: [servicios@interseguro.com.pe](mailto:servicios@interseguro.com.pe)

Página web: [www.interseguro.com.pe](http://www.interseguro.com.pe)

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

## **ARTÍCULO Nº 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.defaseq.com.pe](http://www.defaseq.com.pe), Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio, Miraflores, Lima – Perú; Telefax: 446-9158).

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

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