

**CONDICIONES GENERALES
PROTECCIÓN DE CRÉDITOS
CÓDIGO SBS RG2025700136**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

CONDICIONES GENERALES PROTECCIÓN DE CRÉDITOS

ARTÍCULO Nº 1: DEFINICIONES.

Asegurado: Persona natural, cliente del Contratante que mantiene un crédito personal con éste y que se encuentra expuesta a los riesgos cubiertos por esta Póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares y en la Solicitud - Certificado de Seguro.

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

Accidentes médicos: Son aquellos definidos en el literal n), numeral 4) del Artículo Nº 3 Exclusiones.

Antigüedad Laboral: Período en el que el Asegurado debe haber permanecido empleado para tener derecho a la cobertura del presente seguro, el cual se encuentra señalado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud - Certificado de Seguro. Para efectos de continuidad laboral, ésta se considerará en los casos en que la interrupción entre uno y otro empleo no sea mayor a treinta (30) días calendario.

Beneficiario: Para el presente seguro el Beneficiario será el propio Asegurado o el Contratante, según se establece en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares.

Capital Asegurado o Suma Asegurada: Monto contratado para cada cobertura, y que equivale a la cuota o cuotas del crédito contratado por el Asegurado con el Contratante, cuyo número se detalla en las Condiciones Particulares y en la Solicitud - Certificado de Seguro.

Carencia: Período de tiempo, definido en las Condiciones Particulares y en la Solicitud - Certificado de Seguro, contado desde el inicio de vigencia de la Póliza durante el cual el Asegurado no tiene derecho a las coberturas de Desempleo Involuntario, Incapacidad Física Total y Temporal por Enfermedad, y Enfermedades Graves.

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, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, forma de pago de primas, vigencia del contrato, entre otros.

Contratante: Persona Jurídica señalada en las Condiciones Particulares, cuyos clientes pueden acceder al presente seguro, facultándolo a realizar el pago de la prima mediante cargos en las tarjetas de crédito y/o débito correspondientes.

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.

Crédito: Préstamo otorgado por la Entidad Financiera a favor del Asegurado.

Cuota: Monto mensual pagado por el Asegurado al Contratante por el crédito obtenido con el mismo.

Deducible: Corresponde a un número de cuotas que debe asumir el Asegurado en caso de quedar en situación de Desempleo Involuntario (trabajador Dependiente) o Incapacidad Física Total y Temporal (trabajador independiente) para tener derecho a la cobertura, el cual se encuentra establecido en las Condiciones Particulares y Solicitud - Certificado de Seguro de la presente Póliza.

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.

Desempleo Involuntario: Es aquel que se produce en circunstancias no imputables al Asegurado y que implica la privación total de ingresos por conceptos laborales.

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.

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

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

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.

Incapacidad Física Total y Temporal: Es aquel estado en el que el Asegurado, debido a un Accidente o Enfermedad, se obligue a su hospitalización o reposo en su domicilio como consecuencia de la orden o prescripción emitida por un médico y se vea impedido de cumplir con sus actividades productivas o prestación de servicios. La cobertura de Incapacidad Física Total y Temporal es aplicable solo para trabajadores independientes.

Interés Asegurable: Es aquel interés 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.

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

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

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

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.

Trabajador Dependiente con Contrato Indefinido: Aquel que presta servicios o desempeña funciones para un empleador con un contrato indefinido verbal o escrito, a tiempo completo, bajo vínculo laboral representado en un Contrato de Trabajo y/o en la Declaración de Trabajadores de su empleador (planilla).

Trabajador Independiente: Aquel que presta servicios propios de su ocupación, oficio o profesión, de manera autónoma y que percibe una retribución por la que emite recibos por honorarios y para lo cual cuenta con un RUC en el que se describe la actividad que realiza.

Siniestro: La ocurrencia de un evento amparado por las coberturas de la póliza de seguros

Solicitud - Certificado de Seguro: Documento que contiene la solicitud, certificado y resumen de la Póliza. El certificado se emite en caso de los seguros de grupo o colectivos, vinculado a una Póliza de seguro determinada, y que contiene la información mínima sobre las condiciones de aseguramiento, así como la descripción del Asegurado y Asegurado Mancomunado, si lo hubiere, prima pactada, entre otros, conforme a las disposiciones de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

ARTÍCULO Nº 2: COBERTURAS

1. Desempleo Involuntario:

La cobertura de Desempleo Involuntario se aplica únicamente para Trabajadores Dependientes con Contrato Indefinido.

En este sentido, la presente cobertura no incluye a los trabajadores de Contrato de Trabajo a plazo fijo o por obra o labor, ni a los trabajadores contratados bajo el Régimen Contratación Administrativa de Servicios (CAS).

En caso el Asegurado se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario, La Compañía pagará al Contratante, una indemnización equivalente al monto de una Cuota por cada treinta (30) días calendario consecutivos de desempleo. El número y el monto máximo de cuotas a cubrir se encuentran detallados en las Condiciones Particulares y la Solicitud - Certificado de Seguro, de acuerdo al Plan Elegido.

La cobertura no es aplicable si el Asegurado no acredita haber estado empleado durante al menos seis (6) meses anteriores a la ocurrencia del siniestro.

En caso el Asegurado haya pactado el pago del crédito con Cuotas dobles, al momento de otorgarse la cobertura, la Cuota doble será considerada como dos (2) Cuotas para efectos del número máximo de Cuotas a pagar.

Queda establecido, que la cobertura no se activa y por tanto no se concederá indemnización alguna, por períodos de desempleo menores de treinta (30) días.

En caso que el Trabajador Dependiente con Contrato Indefinido tenga más de un (01) empleador, se considerará cubierto por esta Póliza si el Desempleo Involuntario afecta más del cincuenta por ciento (50%) de sus ingresos totales, lo que será verificado con el certificado de cotizaciones de la AFP. En caso que no tuviera tal documento, la verificación será llevada a cabo vía la presentación de Boletas de Pago.

Las causales de Desempleo Involuntario cubiertas por esta Póliza, según el sector o ley bajo la cual labore el Trabajador Dependiente con Contrato Indefinido, serán las que se detallan en este artículo.

1.1 Trabajadores del sector privado, regidos bajo La Ley de Productividad y Competitividad Laboral, Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo Nº 728 o la norma que le sustituya:

- Detrimento de la facultad física o mental o la ineptitud sobrevenida, determinante para el desempeño de sus tareas. Artículo Nº 23 de la mencionada Ley.
- Rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en labores y bajo similares condiciones. Artículo Nº 23 de la mencionada Ley.

- Actos de hostilidad del empleador equiparables al despido no imputable al trabajador. Artículo N° 30 de la mencionada Ley.
 - Despido arbitrario, luego que se haya efectuado el pago de la indemnización a la que tiene derecho el trabajador.
 - Despido Colectivo, sólo después de que éste se haya materializado, debidamente acreditado en cumplimiento del trámite establecido en el Artículo N° 46 de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral o la norma que lo sustituya.
 - Mutuo disenso, siempre que se haya efectuado el pago de al menos del 50% de indemnización por los años de servicio y los montos indemnizatorios que la Ley prevé en el caso de Desempleo Involuntario no atribuible al trabajador.
- 1.2 Trabajadores del Sector Público, vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la Administración Pública bajo las leyes vigentes.
- Cese, por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del empleado o funcionario público ni por término natural del plazo previsto del contrato de trabajo.
- 1.3 Trabajadores del Sector Educativo - Personal Docente, regulados por la Ley del Profesorado N° 24029 o la norma que le sustituya:
- Suspensión absoluta o cese por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del docente, personal administrativo regido bajo la citada Ley.

Queda establecido y convenido que la indemnización corresponderá a lo que se estipule en las Condiciones Particulares de la Póliza de acuerdo a lo señalado en los párrafos precedentes, siempre que el Asegurado tenga derecho al pago de una indemnización por alguna de las casuales establecidas en el numeral 1.1. como consecuencia del Despido Involuntario por los años de servicios y a los montos de indemnización adicional que prevé la ley para los casos detallados.

La fecha de Desempleo Involuntario será aquella de término de la relación laboral indicada en la liquidación de los beneficios sociales, o en la constancia policial, o acta inspectiva del Ministerio de Trabajo en los casos de despidos de hecho o de facto, y en caso de los empleados públicos y docentes del sector público, será la fecha que se establezca en el decreto o resolución en la que consta su retiro, cese o baja de la institución a la cual pertenecía.

Asimismo, queda establecido que para el pago de la presente cobertura el Trabajador Dependiente con Contrato Indefinido deberá cumplir con el periodo mínimo de antigüedad laboral indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Plazo entre siniestros: Para el beneficio de Desempleo Involuntario se establece un plazo entre siniestros de al menos seis (6) meses, contados a partir de la fecha del último pago correspondiente al siniestro o evento anterior.

2. Incapacidad Física Total y Temporal:

La cobertura de Incapacidad Física Total y Temporal se aplica únicamente para Trabajadores Independientes.

En caso que el Asegurado se vea afectado por una situación de Incapacidad Física Total y Temporal por enfermedad o accidente, La Compañía pagará al Contratante, una indemnización equivalente al pago de una Cuota por cada treinta (30) días calendario consecutivos de Incapacidad Física Total y Temporal.

La cobertura no es aplicable si el Asegurado no acredita haber estado en ejercicio de su actividad como independiente durante al menos seis (6) meses consecutivos.

En caso el Asegurado haya pactado el pago del crédito con Cuotas dobles, al momento de otorgarse la cobertura la Cuota doble será considerada como dos (2) Cuotas para efectos del número máximo de Cuotas a pagar.

El beneficio será otorgado siempre y cuando el Asegurado se mantenga en estado de Incapacidad Física Total y Temporal y siempre que no se haya superado el número de Cuotas máximas señaladas en las Condiciones Particulares

Queda establecido, que la cobertura no se activa y por tanto no se concederá indemnización alguna, por periodos menores de treinta (30) días.

Plazo entre siniestros para esta cobertura:

- i) Para el caso de reclamaciones por siniestros de eventos distintos, deberá transcurrir un periodo de al menos un (1) mes contado a partir de la fecha en que La Compañía hubiese cubierto el último pago correspondiente al siniestro anterior. No se cubrirán dos o más reclamaciones derivadas del mismo siniestro.
- ii) En los casos de empleados dependientes que hubieran gozado de la cobertura de Desempleo Involuntario, y habiendo cambiado su condición a trabajador independiente podrán solicitar la cobertura de Incapacidad Física Total y Temporal luego de haber transcurrido un plazo no menor de seis (6) meses, contados a partir de la fecha del último pago correspondiente a la cobertura de Desempleo Involuntario.

3. Enfermedades graves:

El beneficio correspondiente para esta cobertura será otorgado, en caso el Asegurado se vea afectado por una Enfermedad Grave, para lo cual deberá mantenerse con vida y no haber superado el número de Cuotas máximas señaladas en las Condiciones Particulares. La Compañía pagará al Asegurado una indemnización equivalente al pago de una Cuota por cada treinta (30) días calendario contados desde el diagnóstico de la Enfermedad Grave, siempre y cuando el Asegurado haya sobrevivido los primeros treinta (30) días desde la fecha de dicho diagnóstico.

El número y el monto máximo de Cuotas a cubrir se encuentran detallados en las Condiciones Particulares y la Solicitud - Certificado de Seguro, de acuerdo al Plan Elegido.

Para efecto de este Seguro son consideradas Enfermedades graves las siguientes:

3.1 Cáncer primario:

Es aquel Cáncer que ha sido diagnosticado durante la vigencia de este seguro.

Se entiende por Cáncer, a la 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 en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo la leucemia.

Están excluidos de esta definición:

- **Los melanomas superficiales (SSM) cuyo índice de Breslow es inferior a 0,70 mm con un índice de Clark de nivel I.**
- **Los tumores “vaso-celulares” de la piel.**
- **Cualquier tumor denominado “in-situ” o no invasor (que no haya sobrepasado los límites del tejido original), salvo el cáncer de mama in-situ en su forma lobular, que está cubierto.**
- **Los tumores malignos asociados al VIH.**
- **Todos los tumores de la próstata (excepto si grado de Gleason >6 o que sea a un nivel clínico T2N0M0).**
- **Leucemia lymphothic crónica excepto si alcanzo el nivel A de la prueba de Bidet.**
- **El Cáncer de piel, a excepción del melanoma maligno.**
- **Cualquier otro tipo de Cáncer sin invasión o in-situ no estará cubierto.**

El diagnóstico deberá ser realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del Asegurado y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un Cáncer. Será requisito la presentación de un Informe Histopatológico original e informe médico y copia de la historia médica del Asegurado.

3.2 Infarto al miocardio:

Se define como la necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva por la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco, que no permite la nutrición a la zona afectada y por tanto produce la necrosis.

Para confirmar esta necrosis es necesario disponer de la confirmación, por un cardiólogo especialista, de la presencia de acinesia o de discinesia a través de una ecocardiografía o de otro método de representación gráfica cardíaca reconocida; y, simultáneamente la verificación de al menos uno de los síntomas siguientes:

- Desarrollo de una onda patológica Q al menos en dos derivaciones del trazado del electrocardiograma ($Q \geq 0.04$ s o $Q > 25\%$ de la amplitud de la onda R).
- Anomalías electrocardiográficas no específicas asociadas a modificaciones significativas de los marcadores bioquímicos (CPK-MB y troponina).
- Sintomatología reciente de infarto de miocardio asociado a modificaciones significativas de los marcadores bioquímicos (CPK-MB y troponina).

Están igualmente cubiertos los casos que coincidan parcialmente con la definición precedente si el Asegurado ha sido tratado bien por una trombólisis intravenosa, o bien por una angioplastia de una arteria coronaria en urgencias (los informes de hospitalización se adjuntarán al reclamo de siniestro).

3.3. Accidente Cerebro Vascular o Vascular Encefálico:

La enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. **Los accidentes isquémicos transitorios no están cubiertos.**

Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas antes de dicha hospitalización.

3.4 Enfermedad a las coronarias que requiera cirugía:

Se refiere a la enfermedad que requiera de cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento, estenosis o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. **Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo, técnicas con láser u otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.**

3.5 Insuficiencia Renal Crónica

La enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones y/o de la función renal, como consecuencia de la cual se hace necesaria regularmente la diálisis renal.

4. Invalidez Total y Permanente por Accidente:

La Compañía pagará al Asegurado el Saldo Deudor hasta un máximo establecido para esta cobertura en las Condiciones Particulares y en la Solicitud - Certificado de Seguro, si durante la vigencia de la Póliza el Asegurado sufre un accidente, que le produzca cualquiera de los siguientes estados:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental o descerebración 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 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.

En ese sentido se deja constancia expresa que el presente seguro no cubrirá otra situación de Invalidez distinta a las arribas mencionadas, aun cuando la misma pudiera afectar al Asegurado en más de dos tercios de su capacidad de trabajo.

En caso el Asegurado haya recibido el beneficio de la cobertura de Invalidez total y Permanente por Accidente, se procederá a la resolución del contrato.

Las coberturas de Desempleo Involuntario y de Incapacidad Física Total y Temporal son alternativas en función de la situación laboral del Asegurado y son excluyentes entre sí.

ARTÍCULO N° 3: EXCLUSIONES

Estarán excluidos de la cobertura y La Compañía no estará obligada al pago de ninguna de las coberturas de la presente póliza cuando el siniestro ocurra a consecuencia de:

- Guerra y guerra civil.**
- Riesgos de energía nuclear.**

1. Exclusiones para la cobertura de Desempleo Involuntario.

Este contrato no cubrirá indemnización alguna con respecto a cualquier periodo de desempleo involuntario que resulte de:

- Cuando el ex – empleador del Asegurado no tenga oficina registrada en Perú o no esté afecto a las leyes tributarias.**
- El Asegurado renunció o se ha jubilado (pensionado).**
- El Asegurado ha sido despedido con causa justa de conformidad con la legislación aplicable y sin derecho al pago de una indemnización por los años de servicios y a los montos de indemnización adicional que prevén las leyes laborales, salvo lo precisado en el Artículo N° 2 numeral 1.1. de estas Condiciones Generales.**
- El período de Desempleo es resultado de una huelga o un paro.**
- La terminación de la relación laboral se dio de mutuo acuerdo, sin conciliación, o si la indemnización pagada al trabajador es inferior al 50% de la indemnización que le correspondería haber recibido por despido sin causa justa.**
- Despido por parte de miembros de la familia, o cuando el Asegurado es empleado por su propia empresa.**
- Suspensión del contrato de trabajo por cualquier causa o por no regresar el trabajador a su empleo al haber sido notificado de la reanudación del trabajo una vez desaparecidas las causas de la suspensión del contrato de trabajo.**

2. Exclusiones para la cobertura de Incapacidad Física Total y Temporal.

Este contrato no cubrirá indemnización alguna con respecto a cualquier período de Incapacidad Física Total y Temporal que resulte de:

- a. Enfermedades crónicas o preexistentes al inicio del seguro.
- b. Tuberculosis.
- c. Heridas autoinfligidas causadas en estado de sanidad mental o en demencia, incluyendo la tentativa de suicidio.
- d. El consumo de alcohol, drogas tóxicas o alucinógenas o sustancias similares.
- e. Actividad delictiva realizada por el Asegurado.
- f. Cualquier accidente que surja de la 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, 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.
- g. La enfermedad psiquiátrica o desórdenes mentales, incluyendo estrés o condiciones relacionadas con el estrés, diagnosticada por un psiquiatra.
- h. Rechazo injustificado a buscar un diagnóstico médico, no seguir las instrucciones médicas; o someterse a tratamientos médicos sin supervisión médica exceptuando los casos que tengan relación con salvar la vida del paciente por un accidente en el cual el Asegurado haya estado involucrado.
- i. La tentativa de homicidio contra el Asegurado mientras participa directa o indirectamente en una actividad ilegal.
- j. Dolores de espalda y cuello no producidos a causa de un accidente sufrido por el Asegurado durante la vigencia del seguro, o condiciones relacionadas con dolores de espalda, a menos que existan evidencias médicas de una anomalía, tales como rayos x, resonancia electromagnética, tomografía, o cualquier otro examen radiológico, aportado por un médico.
- k. Cualquier procedimiento quirúrgico o terapia que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del Asegurado, incluye Cirugías Electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras), Cirugía Plástica, Odontología Estética, Tratamiento de Periodoncia y Ortodoncia y Curas de Reposo del Sueño.
- l. Parto, embarazo normal o interrupción voluntaria del embarazo, y sus consecuencias.
- m. Lesiones del Asegurado derivadas de accidentes en calidad de pasajero de una aeronave militar o privada que no tenga licencia para llevar pasajeros.
- n. Epidemias.

3. Exclusiones para la cobertura de Enfermedades Graves.

Se excluyen las enfermedades que han sido causadas u originadas directa o indirectamente, total o parcialmente por:

- a. Intento de suicidio o autolesión, lesiones autoinferidas, ya sea en estado de cordura o demencia.
- b. Adicción al alcohol, así como el consumo de drogas, estupefacientes, barbitúricos, sustancias alucinógenas y otras análogas.
- c. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la

- enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA.
- d. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
 - e. Enfermedades preexistentes, así como el diagnóstico de enfermedades durante el periodo de carencia o no cobertura.
 - f. Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.
 - g. Enfermedades o defectos congénitos.
 - h. Intoxicación o encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
 - i. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.

3.1 Respecto a la cobertura de Cáncer Primario, están excluidos:

- a. Los melanomas superficiales (SSM) cuyo índice de Breslow es inferior a 0,70 mm con un índice de Clark de nivel I.
- b. Los tumores “vaso-celulares” de la piel.
- c. Cualquier tumor denominado “in-situ” o no invasor (que no haya sobrepasado los límites del tejido original), salvo el cáncer de mama in-situ en su forma lobular, que está cubierto.
- d. Los tumores malignos asociados al VIH.
- e. Los tumores de la próstata (excepto si grado de Gleason >6 o que sea a un nivel clínica T2N0M0).
- f. Leucemia lymphothic cronic excepto si alcanzo el nivel A de la prueba de Bidet.
- g. El cáncer de piel, a excepción del melanoma maligno.
- h. Cualquier otro tipo de cáncer sin invasión o in-situ no estará cubierto.

3.2 Respecto de las enfermedades de las coronarias que requieran cirugía, están excluidos:

- a. La angioplastia de globo.
- b. Técnicas con láser.
- c. Otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.
- d. En ningún caso La Compañía pagará una enfermedad que sea consecuencia, complicación o secuela de una enfermedad preexistente, independiente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico.

4. Exclusiones para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente.

La Compañía no cubrirá los casos de invalidez que sean consecuencia de:

- a. Cualquier enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes.
- b. Accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de este seguro.

- c. Duelos, tentativas de suicidios, auto lesión y auto mutilación.
- d. Cirugía Plástica o Cosmética.
- e. Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo. Se considera la participación del Asegurado ya sea como autor o cómplice.
- f. Lesiones a consecuencia de la participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa. Una actividad es notoriamente peligrosa cuando el peligro no deriva de un acto aislado u ocasional, sino de un acto que por sí mismo resulta peligroso en cualquier momento.
- g. 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, 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.
- h. Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su deceso.
- i. Lesiones a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- j. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la (s) misma (s).
- k. Daños o pérdidas ocasionadas por experimentos de energía atómica o de cualquier riesgo atómico.
- l. Lesiones o afecciones padecidas con motivo de la intervención del Asegurado en motines o tumultos tengan o no el carácter de guerra civil, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de carácter civil o militar.
- m. Lesiones o afecciones padecidas con motivo de guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, poder militar, naval o usurpado.
- n. Los llamados 'Accidentes Médicos'. Solo serán causal de exclusión los siguientes 'Accidentes Médicos': apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, ataques cardiacos, trombosis, ataques epilépticos; enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo así como los casos de negligencia o impericia médica, que sufra el Asegurado.

ARTÍCULO Nº 4: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

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

- a) Tener residencia en la República del Perú.
- b) Ejercer una actividad laboral dependiente o independiente y poder acreditarla. Siempre que la actividad principal del Asegurado no consista en cualquiera de las siguientes actividades: piloto de aviación o miembro de tripulación, deportista profesional, militar de carrera o presta el servicio militar obligatorio, pensionado, miembro de las fuerzas de seguridad, actividad minera, doble cinematográfico, corresponsal de guerra y manipulador de explosivos.
- c) No encontrarse Incapacitado Total y Temporalmente por causa de una enfermedad o accidente al momento de la suscripción de la póliza.
- d) Edad.- Podrán asegurarse bajo la presente modalidad de seguro, las personas que tengan las edades mínima y máxima de ingreso establecidas en las Condiciones Particulares y en la Solicitud - Certificado de Seguro.

Requisitos adicionales para Desempleo Involuntario:

- e) Tener un contrato de trabajo indefinido verbal o escrito a tiempo completo, y se encuentren registrados en la planilla del empleador.

Requisitos adicionales para Incapacidad Física Total y Temporal:

- f) Ser un trabajador independiente que ejerza una actividad lucrativa.

ARTÍCULO Nº 5: INICIO DE LA COBERTURA

La presente Póliza adquiere fuerza legal, respecto del Contratante de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares.

La cobertura otorgada por ésta Póliza inicia su vigencia, respecto de cada Asegurado, de acuerdo a lo establecido en la Solicitud - Certificado de Seguro, el cual forma parte integrante de la presente Póliza.

ARTÍCULO Nº 6: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

ARTÍCULO Nº 7: 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.

ARTICULO Nº 8: 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 y por escrito. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no generará la resolución del

contrato, en cuyo caso se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado.

La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

ARTÍCULO Nº 9: 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 de renovación, este nuevo monto deberá ser informado por escrito por La Compañía al Contratante con cuarenta y cinco (45) días de anticipación del vencimiento. En cualquier caso de modificación, La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado. 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 únicamente cuando La Compañía emita la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

ARTÍCULO Nº 10: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DE INCUMPLIMIENTO

La prima es única y será pagada por el Contratante según la forma y modo establecido por La Compañía en las Condiciones Particulares de la presente Póliza. El Contratante trasladará el pago de la prima al Asegurado.

En caso de diferir la prima, 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 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 devengadas por el período efectivamente cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente sustentados por La Compañía.

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

ARTÍCULO Nº 11: REHABILITACIÓN LEGAL

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

ARTÍCULO Nº 12: NULIDAD DEL CONTRATO

La Póliza de seguro o, en su caso, la Solicitud-Certificado del seguro, serán nulos por causal existente al momento de su celebración, es decir, que no tendrá 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. Las primas pagadas quedan adquiridas por La Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

La nulidad no procede cuando las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no 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.

(iii) Si al tiempo de su celebración se habría producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca. En cuyo caso será aplicable lo establecido en el numeral (ii).

(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 mismos que serán debidamente sustentados.

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.

ARTÍCULO Nº 13: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 14.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 10.
- 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. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

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 Nº 18.
- 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 Nº 14.
- c. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 10.
- d. Si durante el plazo de 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. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado o que no se pronuncie sobre el mismo, 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. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En caso el Contratante o Asegurado optase por la resolución del Contrato o Solicitud-Certificado, respectivamente, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado. La devolución de la prima se realizará en forma directa por La Compañía, en el caso del Contratante, o a través del Contratante, en el caso del Asegurado.

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

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

ARTÍCULO N° 14: 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 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 resolución sin expresión de causa.

Asimismo, cualquier Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa de su afiliación al contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación:

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

Dicho trámite podrá efectuarse, en los centros de Servicio de Atención al Cliente, en los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.com.pe), en el domicilio del Contratante, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Asegurado 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 resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

ARTÍCULO N° 15: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O COASEGURO

Las coberturas de Desempleo Involuntario, de Incapacidad Física Total y Temporal tendrán un Deducible, el cual se encuentra especificado en las Condiciones Particulares y en la

Solicitud - Certificado de Seguro. El Coaseguro se encuentra detallado en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO Nº 16: AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

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

Posteriormente, para la solicitud de cobertura, deberán presentarse los siguientes documentos:

1. Desempleo Involuntario

1.1 Trabajadores del Sector Privado

- Formulario de declaración de siniestros firmada por el Asegurado.
- Copia simple del DNI (Documento Nacional de Identidad) o documento de identidad del Asegurado.
- Copia del Certificado de trabajo. Este documento detalla el periodo laborado por el trabajador cesado, los motivos de cese, tipo de contrato, entre otros.
- Copia del Contrato de Trabajo o 3 ultimas Boletas de Pago donde se indique la fecha de inicio de su relación laboral.
- Copia de la Liquidación de beneficios sociales y constancia del pago del beneficio por despido o mutuo disenso, o constancia policial, o acta inspectiva del Ministerio de Trabajo en los casos de despidos de hecho o de facto.
- Copia del Certificado de aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese.
- Copia del Estado de cuenta del crédito a la fecha de ocurrencia del siniestro, solo si la mensualidad varía o si ésta no ha sido reportada con anterioridad.
- Copia de la Carta para la libre disponibilidad de la cuenta CTS por cese, debidamente firmada y sellada por el empleador, en caso corresponda.
- Declaración jurada manifestando que a la fecha de la solicitud el Asegurado se encuentra en situación de Desempleo.
- En caso el asegurado tenga más de un empleador y el desempleo afecte más del 50% de sus ingresos totales, se deberá presentar Copia del Certificado de cotizaciones de la AFP o de las Boletas de Pago,

1.2 Trabajadores y Docentes del Sector Público

- Copia del DNI o documento oficial de identidad del Asegurado.
- Copia de la Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador.
- Copia de la Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública).
- Declaración jurada manifestando que a la fecha de solicitud el Asegurado se encuentra en situación de desempleo.

2. Incapacidad Física Total y Temporal

- **Formulario de declaración de siniestros firmada por el asegurado.**
- **Copia simple del DNI (Documento Nacional de Identidad) o documento de identidad del asegurado.**
- **Copia del Certificado de renta de 4ta categoría y/o declaración jurada de 3ra categoría.**
- **Copia del Estado de cuenta del crédito a la fecha de ocurrencia del siniestro, solo si la cuota es variable.**
- **Certificado médico o de hospitalización actualizado y acompañado por el formulario de declaración de continuidad de incapacidad firmado por el asegurado.**
- **Certificado médico o de hospitalización sobre enfermedad o accidente, detallando:**
 - **Causas de la incapacidad**
 - **Diagnóstico definitivo**
 - **Tratamiento realizado**
 - **Pronóstico**
 - **Días de descanso**
 - **Número de Historia Clínica**
 - **Clínica u Hospital donde recibió la atención**
 - **Médico tratante**
 - **Fecha de atención**

3. Enfermedades Graves

- **Formulario de declaración de siniestros firmada por el asegurado.**
- **Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.**
- **Original o copia legalizada del Informe médico en el que se detalle el diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo, fecha de inicio de la enfermedad, tratamientos, evolución, estado actual del Asegurado.**
- **Original de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado, relacionados con la Enfermedad.**
- **Para la enfermedad de Cáncer Primario se deberá presentar original del Informe Histopatológico e informe médico, así como copia de la historia médica del asegurado.**
- **Para el Infarto al Miocardio se deberá presentar copia de los informes de hospitalización.**

4. Invalidez Total y Permanente por Accidente

- **Copia Documento de Identidad del Asegurado.**
- **Atestado Policial o Carpeta Fiscal, en caso corresponda.**
- **Copia del Dictamen de invalidez emitido por ESSALUD o COMAFP o COMEC.**
- **Copia de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado, relacionados con la Invalidez Total y Permanente por Accidente.**

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.

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 Contratante.

ARTICULO N° 17: DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

1. Para el consentimiento expreso, una vez que el Asegurado haya 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 la 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.

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, podrá solicitar al Asegurado la extensión del plazo antes señalado; en caso contrario, se sujetará al procedimiento N° 91 establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia debe comunicarse al asegurado dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia deberá comunicarse al asegurado en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que el solicitante haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Luego de aprobado el pago del siniestro o vencido el plazo para consentir el mismo, la obligación de pagar el capital será cumplida por La Compañía de acuerdo a lo pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza. El monto indemnizable 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 Compañía quedará liberada de la obligación de pago de la cobertura en los siguientes casos:

- Cuando el Asegurado inicie una nueva relación laboral bajo vínculo de subordinación, dependencia y remunerativo, sin importar el plazo y el tipo de dicha relación laboral.
- Cuando el Asegurado se dedique en forma independiente a efectuar labores remuneradas, sean ellas de carácter formal o informal.
- Por jubilación legal, anticipada o no, del Asegurado.
- Por fallecimiento del Asegurado.

ARTÍCULO Nº 18: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

En caso, el Contratante, Asegurado, Beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios de la presente Póliza, será de aplicación el Artículo Nº 13, quedando resuelta la Solicitud-Certificado del Seguro. Para ello La Compañía, al momento de detectar la ocurrencia de los supuestos antes mencionados, mediante carta formal comunicará al Contratante y Asegurado o Beneficiarios su decisión de resolver la relación contractual en virtud de lo aquí establecido.

ARTÍCULO Nº 19: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El Capital Asegurado o Suma Asegurada, el monto de la prima y demás valores de este contrato, se expresarán en dólares americanos o en moneda nacional según se especifique en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

ARTÍCULO Nº 20: 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 21: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

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

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 la resolución de la póliza o la Solicitud-Certificado, cuando ésta opere a solicitud del Contratante o de La Compañía.

ARTÍCULO Nº 22: COPIA DE LA PÓLIZA

El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la Póliza a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios desde la fecha de recepción de la solicitud.

ARTÍCULO Nº 23: PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA EFECTUAR RECLAMOS

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

Centros de Atención al Cliente

Lima
San Isidro
Av. Paseo de la república N° 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 Nº 24: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

1. Mecanismo de solución de controversias

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

2. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias

En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante o Asegurado 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.