

CONDICIONES GENERALES

SEGURO TEMPORAL POR FALLECIMIENTO O INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE O FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO (Protección por Accidentes)

CÓDIGO SBS AE2026100100

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.

ARTÍCULO 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 de la Póliza.

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.

Accidente de Tránsito: Se entiende por accidente de tránsito, todo daño corpóreo, involuntario sufrido por el Asegurado, causado por la acción repentina y violenta de medios externos cuando el Asegurado es:

- Peatón, después de una colisión con un vehículo circulando sobre una vía abierta al tránsito público.
- Conductor o pasajero de un vehículo terrestre a motor circulando sobre una vía abierta al tránsito público.
- Pasajero de un vehículo de transporte colectivo terrestre, fluvial, marítimo o aéreo, cuando este medio de transporte pertenezca a empresas autorizadas para el transporte público de personas.

*** La cobertura de Accidente de Tránsito no considera accidentes ocurridos en recintos privados que no estén abiertos al tránsito público**

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

Beneficiario(s): Es la persona o personas señaladas en la Solicitud-Certificado de la Póliza, quienes se beneficiarán con el o los porcentajes de la suma asegurada establecidos en la Solicitud-Certificado o mediante endoso si la modificación es posterior.

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

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 relativos al riesgo individualizado que se asegura, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la descripción del Asegurado, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, modalidad de pago de primas, vigencia del contrato, entre otros.

Contratante: Es la persona natural o jurídica que contrata la Póliza y que asume los derechos y obligaciones 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.

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

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.

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

Factor de pago: Factor aplicado por la Compañía para que la Prima Anual sea pagada de acuerdo los periodos establecidos por el Asegurado en las Condiciones Particulares.

Fallecimiento Accidental: Aquella producida por la acción imprevista, violenta, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre el Asegurado independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

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

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

Órgano: Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

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

Pérdida Total: La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.

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

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

TCEA (Tasa de Costo Efectivo Anual): Es la tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el contratante con el monto por concepto de prima comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada

a un año de 360 días. Es decir, es la tasa de cuánto le cuesta al contratante fraccionar el costo anual de la prima comercial.

ARTÍCULO Nº 2: COBERTURA

En los términos de la presente Póliza, el Capital Asegurado señalado en las Condiciones Particulares será pagado por La Compañía a los Beneficiarios después del fallecimiento del Asegurado o al propio Asegurado o representante legal que determine el mismo, en caso de Invalidez Total o Parcial y Permanente por Accidente, si cualquiera de estos eventos es consecuencia de lesiones sufridas causadas por un accidente o accidente de tránsito ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

Los alcances de cada cobertura se describen a continuación:

- a) Fallecimiento Accidental: En virtud de esta cobertura La Compañía pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado especificado en las Condiciones Particulares, siempre que el fallecimiento del Asegurado se haya producido como consecuencia directa o inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquél que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días calendarios siguientes de ocurrido el accidente.
Se excluye de esta cobertura el fallecimiento por accidente de tránsito.
- b) Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente: En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del Asegurado producto de un accidente, La Compañía pagará el Capital Asegurado establecido de acuerdo a la forma de pago señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre y cuando se cumplan las condiciones siguientes:
 - Que el Asegurado haya sufrido lesiones que le hayan ocasionado invalidez en forma parcial o total y permanente, como consecuencia de un accidente no considerado en las exclusiones de la Póliza.
 - Que el Asegurado se encuentre incapacitado en forma permanente para desempeñarse en cualquier ocupación o trabajo remunerado o para emprender cualquier negocio lucrativo, dentro de los dos (2) años contados desde la fecha del accidente, salvo que se estipule un periodo diferente en las Condiciones Particulares de la Póliza.
 - Que La Compañía haya determinado fehacientemente que dicha invalidez sea permanente de acuerdo al Artículo Nº 17 Determinación de la Invalidez Total o Parcial y Permanente por Accidente, para todos los casos de forma obligatoria.

La Compañía indemnizará al Asegurado con los siguientes porcentajes del Capital Asegurado establecido para la cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza, de acuerdo a la forma de pago ahí señalada:

1. El 100% por la pérdida total de:
 - La visión de ambos ojos, o
 - Ambos brazos o ambas manos, o
 - Ambas piernas o ambos pies, o
 - Una mano y un pie

2. El 50% por la pérdida total de:
 - La audición completa de ambos oídos, o
 - Un brazo, o
 - Una mano, o
 - Una pierna, o
 - Un pie o,
 - La visión de un ojo en caso que ya existiera ceguera total del otro, antes de contratar esta Póliza.
3. El 35% por la pérdida de:
 - La visión de un ojo en caso que no existiera ceguera total del otro, antes de contratar esta Póliza.
4. El 25% por la pérdida total de:
 - La audición completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido sordera del otro, antes de contratar esta Póliza.
5. El 20% por la pérdida total del:
 - Pulgar derecho o izquierdo.
6. El 15% por la pérdida total del:
 - Índice derecho o izquierdo.
7. El 13% por la pérdida total de:
 - La audición completa de un oído en caso de que el Asegurado no hubiese tenido sordera del otro, antes de contratar esta Póliza.
8. El 5% por la pérdida total de:
 - Cualquiera de los otros dedos de la mano
9. El 3% por la pérdida total de:
 - Un dedo del pie, o falange distal.
10. La pérdida de cada falange se calculará en forma proporcional en función de las falanges que tenga el dedo. El pago por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos o falanges perdidos.
11. El 100% en aquellos casos de invalidez no contemplados precedentemente y que produzcan al Asegurado una pérdida total o el debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales de a lo menos dos terceras partes de su capacidad de trabajo.

Lo anterior será evaluado conforme 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 total de pagos proveniente de la invalidez Accidental no podrá en ningún caso exceder el 100% del Capital Asegurado por concepto de esta cobertura.

La prima se devengará hasta la fecha de fin de vigencia de la Solicitud - Certificado entregada al Asegurado o hasta la fecha de Fallecimiento Accidental o Invalidez Total o Parcial y Permanente por accidente del Asegurado, lo que ocurra antes.

El pago del Capital Asegurado sólo se hará efectivo si las lesiones del Asegurado ocurren durante la vigencia de la Póliza, y a consecuencia directa de un accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de La Compañía que las lesiones sean consecuencia directa del accidente.

c) Fallecimiento por Accidente de Tránsito:

En virtud de esta cobertura La Compañía pagará a los Beneficiarios el capital especificado en las Condiciones Particulares, si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente de tránsito ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de La Compañía que el fallecimiento sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente de tránsito.

La Compañía cubrirá la consecuencia de fallecimiento que pueda resultar de accidentes de tránsito sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

Las coberturas de fallecimiento accidental y fallecimiento por accidente de tránsito no son acumulativas.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes de ocurrido el accidente de tránsito.

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 la solicitud – certificado.

ARTÍCULO Nº 3: EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los riesgos de la presente póliza cuando fueran causados por:

- a) Suicidio, intento de suicidio, o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente. Salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro o desde la rehabilitación de la Póliza.**
- b) 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.**
- c) Participación en pleitos, grescas, peleas, agresiones físicas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se trató de un acto de legítima defensa. En caso no se emita sentencia, el análisis se realizará en función del atestado policial y de ser el caso, cualquier otro documento que esclarezca los hechos.**
- d) Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o participe, por uno o más Beneficiarios o por quienes pudieren reclamar la Suma Asegurada, sin perjuicio del derecho que le asiste a los demás Beneficiarios no participes de dicho acto.**
- e) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.**
- f) Participación activa en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.**
- 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) Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del Asegurado, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el Asegurado, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/litro de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda.
- i) El desempeño del Asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, chóferes profesionales en rutas rurales interprovinciales, chóferes de taxi, mototaxi, operadores de maquinaria pesada, en construcción, policías, militares, vigilantes o guardaespaldas, pasajeros de líneas aéreas no regulares, transportista de líquidos inflamables o sustancias corrosivas, minero de socavón, bomberos, corresponsal de guerra, cambista ambulatorio.
- j) Riesgos nucleares o atómicos.
- k) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la Escala Modificada de Mercali, determinado por el Instituto Geofísico del Perú, o por el servicio que en el futuro lo reemplace.
- l) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacionen con ella.
- m) Infecciones bacterianas, excepto aquéllas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- n) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.

ARTÍCULO N° 4: CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de cuarenta y cinco (45) días puedan analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante será de forma previa y por escrito. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado.

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

ARTÍCULO N° 5: RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

La Póliza será emitida con vigencia anual. La Compañía renovará automáticamente esta Póliza, finalizada su vigencia, salvo que el Contratante manifieste por escrito su decisión de no renovar el seguro con treinta (30) días calendario de anticipación a su vencimiento. Si correspondiera modificar el monto de la prima de renovación, este nuevo monto deberá ser informado por La Compañía al Contratante con cuarenta y cinco (45) días de anticipación del vencimiento, por escrito y señalando las modificaciones en caracteres destacados. El Contratante tendrá un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo, en cuyo caso no procederá la renovación automática al término de la vigencia indicada en la Solicitud-Certificado. En caso de silencio del

Contratante se entenderá que aprueba la modificación. Asimismo, de darse por aceptadas las modificaciones por el silencio del Contratante, la Compañía remitirá la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

ARTÍCULO Nº 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: 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: MONEDA 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 9: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Asegurado deberá designar para cobrar el importe de este seguro en caso de fallecimiento del Asegurado, a tres (3) personas, en forma expresa y por escrito al completar la solicitud-certificado del seguro o en cualquier otro momento posterior. Si designare a dos o más Beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, salvo mención en contrario.

El Asegurado tiene el derecho a nombrar a el o los Beneficiarios que desee a su libre elección y criterio, siempre que exista interés asegurable entre el Asegurado y sus beneficiarios.

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 de Asegurado, por partes iguales, de acuerdo con el orden de prelación y disposiciones establecidas en el Código Civil.

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

ARTÍCULO Nº 10: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

Las primas y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Todas las primas correspondientes a la póliza deberán ser pagadas por adelantado en las fechas estipuladas, a través de las instituciones bancarias y financieras autorizadas para el cobro, conforme a la modalidad de pago elegida por el Contratante y consignada en las referidas Condiciones Particulares.

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

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

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

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

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

El pago de primas cesa a la fecha de vencimiento de la Póliza, o con el fallecimiento del Asegurado o con la Invalidez Total o Parcial y Permanente por Accidente cualquiera que ocurra primero.

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.

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

ARTÍCULO N° 12: NULIDAD DEL CONTRATO

La presente póliza será nula por causal existente al momento de su celebración, es decir sin valor legal alguno en los siguientes casos:

- (i) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. El contrato es nulo si media dolo o culpa inexcusable del Contratante.**

La nulidad no procede cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas en una pregunta expresa que no fue respondida en el cuestionario y La Compañía igualmente celebró el contrato.

La Solicitud-certificado será nula por causal existente al momento de su celebración, es decir sin valor legal alguno en los siguientes casos:

- (ii) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. El contrato es nulo si media dolo o culpa inexcusable del Asegurado.**

La nulidad no procede cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas en una pregunta expresa que no fue respondida en el cuestionario y La Compañía igualmente celebró el contrato.

- (iii) Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la póliza para asumir el riesgo. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. El contrato es nulo si media dolo o culpa inexcusable del asegurado.**

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de La Compañía se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, La Compañía está obligada a restituir el exceso de la prima percibida, sin intereses.

- (iv) Si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los mismos que serán debidamente sustentados.**
- (v) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los mismos que serán debidamente sustentados.**

Para todos los supuestos de nulidad, el Contratante, Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado bajo esta Póliza. Asimismo, en los supuestos contemplados en los literales (i) y (ii), por concepto de penalidad, el Contratante o Asegurado perderá todo derecho sobre las primas entregadas a La Compañía durante el primer (1) año de vigencia de la Póliza. A partir del segundo año, La Compañía devolverá al Asegurado las primas pagadas.

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

ARTÍCULO Nº 13: CAUSALES DE RESOLUCION DEL CONTRATO

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

- a. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante, según el procedimiento establecido en el artículo siguiente.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 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 en el plazo de 10 días, cuando incurren en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. La Compañía puede resolver la póliza mediante comunicación dirigida al Contratante en el plazo de 30 días computados desde el vencimiento del plazo para el pronunciamiento del Contratante.
- 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.

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

- e. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el artículo siguiente.
- f. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 10.
- g. Si reclaman fraudulentamente o se apoyan en documentos o declaraciones falsas, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 15.
- h. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado o que no se pronuncie sobre el mismo en el plazo de 10 días, cuando incurren en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Ante la falta de aceptación, La Compañía puede resolver la Solicitud-Certificado mediante comunicación dirigida al Contratante en el plazo de 30 días computados desde el vencimiento del plazo para el pronunciamiento del Asegurado.
- i. 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.

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 en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.com.pe), o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación:

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

Asimismo, cualquier Asegurado podrá solicitar la resolución sin expresión de causa de su afiliación al contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.com.pe), o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación:

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

Si el Contratante o el Asegurado tuviesen algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado deberá otorgar un poder notarial para que un tercero lo realice en su nombre, a través de una carta poder con firma legalizada.

La Compañía procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada. El contrato terminará una vez transcurridos treinta (30) días de la recepción de la solicitud de resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza. Si el contratante opta por la resolución, La Compañía tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta el término de la vigencia del contrato, en consecuencia, La Compañía solo devolverá la prima no devengada.

ARTÍCULO N° 15: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

A la ocurrencia de un siniestro, el Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso del siniestro y posteriormente solicitar la cobertura del mismo. El aviso del siniestro deberá efectuarse por escrito en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha

en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Cabe precisar que el incumplimiento de este plazo no afectará los derechos indemnizatorios del beneficiario.

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

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

- a. Carta simple dirigida a La Compañía solicitando el pago de la suma asegurada.
- b. Original o copia certificada del acta o Partida de Defunción del Asegurado.
- c. Copia del Documento de Identidad de cada Beneficiario, o partida de nacimiento según sea el caso.
- d. Original o copia certificada del certificado médico de defunción, en formato oficial completo.
- e. Original de la denuncia policial.
- f. Original o copia certificada del atestado policial completo, según corresponda.
- g. Original o copia certificada del certificado y/o Protocolo de Necropsia completo, según corresponda.
- h. Original o copia certificada del resultado del examen de Dosaje Etílico, según corresponda.
- i. Original o copia certificada del resultado del examen Toxicológico y de Alcoholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, según corresponda.

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

Para Fallecimiento en Accidente de Tránsito: El (los) beneficiario(s) o la persona que está actuando en su representación deben acercarse a cualquier oficina del Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía o al Contratante con los siguientes documentos:

- a. Carta simple dirigida a La Compañía solicitando el pago de la suma asegurada.
- b. Original o copia certificada del acta o Partida de Defunción del Asegurado.
- c. Copia del Documento de Identidad de cada Beneficiario, o partida de nacimiento según sea el caso.
- d. Original o copia certificada del certificado médico de defunción, en formato oficial completo.
- e. Original de la denuncia policial.
- f. Original o copia certificada del atestado policial completo, según corresponda.
- g. Original o copia certificada del certificado y/o Protocolo de Necropsia completo, según corresponda.

- h. Original o copia certificada del resultado del examen de Dosaje Etílico, según corresponda.**
- i. Original o copia certificada del resultado del examen Toxicológico y de Alcholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, según corresponda.**

Al Fallecimiento en Accidente de Tránsito, el (los) beneficiario(s), acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago de las sumas aseguradas presentando documentos indicados, previa evaluación de los mismos.

Para Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente: el Asegurado, acreditando su calidad de tal, podrá exigir el pago de las sumas aseguradas presentando ante cualquier oficina de Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía o al Contratante los documentos que se indican a continuación:

- a. Carta simple dirigida a La Compañía solicitando el pago de la suma asegurada.**
- b. Copia del DNI del Asegurado.**
- c. Original o copia certificada del Dictamen de invalidez del COMAFP o Certificado de Discapacidad, caso contrario se aplicará el procedimiento establecido en el Artículo N° 17 “Determinación de la Invalidez Total o Parcial y Permanente por Accidente”.**
- d. Original o copia certificada del atestado policial completo, según corresponda.**
- e. Original o copia certificada del resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, según corresponda.**

En caso de Invalidez Total o Parcial y Permanente por Accidente, La Compañía tendrá derecho a examinar al Asegurado por los médicos que se designen para el efecto, pudiendo adoptar todas las medidas conducentes a la mejor y más completa investigación para determinar la certeza, naturaleza y gravedad de las lesiones originadas en el accidente y verificar el grado de invalidez respectivo, conforme al procedimiento señalado en el Artículo N° 17 del presente condicionado. Es imprescindible la presentación de todos los documentos requeridos por La Compañía para la solicitud de cobertura.

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

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

ARTÍCULO N° 16: PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

- 1. Para el consentimiento expreso, 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.**
- 2. Para el consentimiento tácito, si transcurridos más de treinta (30) días calendario de presentados todos los documentos exigidos para la liquidación del siniestro en la presente póliza La Compañía no se manifestara sobre la procedencia o no de la solicitud de cobertura.**

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

Luego de aprobado el pago del siniestro o vencido el plazo para consentir el mismo, la obligación de pagar el 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 de la cobertura es la siguiente:

- **Para el Fallecimiento Accidental o Fallecimiento por Accidente de Tránsito, la forma de pago de la cobertura será de:**
 - 1. Veinte por ciento (20%) al contado, monto que será pagado en un plazo no mayor a treinta (30) días de aprobado el pago del siniestro o consentido el mismo;**
 - 2. Ochenta por ciento (80%) en sesenta (60) cuotas mensuales iguales y sucesivas. La primera cuota se pagará treinta (30) días después de realizado el pago al contado.**
- **En el caso de Invalidez Accidental Permanente, para porcentajes de invalidez menores o iguales al 50%, conforme lo indicado en el Certificado de COMAFP, Certificado de Discapacidad o lo indicado al finalizar el procedimiento previsto en el Artículo N° 17, el pago de la cobertura se hará al contado y será equivalente al porcentaje de dicha invalidez, caso contrario la forma de pago será igual a la de Fallecimiento Accidental.**

ARTÍCULO N° 17: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Para los casos de determinación de la Invalidez Total o Parcial y Permanente por Accidente en los que no se cuente con el Dictamen de Invalidez del COMAFP o Certificado de Discapacidad, 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° 15 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.

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

ARTÍCULO N° 18: 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 Nº 19: 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 20: 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.

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 21: 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 22: 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
Página web: www.interseguro.com.pe

Arequipa
Av. Víctor Andrés Belaunde Mz. B Lote 3, Umacollo
Central de Atención al Cliente (Arequipa): (054) 603101

ARTÍCULO Nº 23: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

1. Mecanismo de solución de controversias

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

2. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias

En caso de reclamo o disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, El Contratante, Asegurado o Beneficiario podrá acudir a las siguientes instancias:

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

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

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