

**CONDICIONES PARTICULARES
PROTECCIÓN DE CRÉDITOS
CÓDIGO SBS RG2025700136
POLIZA N°. XXXXXXXXXX**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

No obstante lo especificado en las Condiciones Generales, esta Póliza se regirá por las estipulaciones siguientes:

DATOS DE LA COMPAÑÍA

Nombre o razón social: Interseguro Compañía de Seguros S.A. RUC: 20382748566		
Dirección: Av. Javier Prado Este N° 492, Of. 2601, Urb. Jardín		
Distrito: San Isidro	Provincia: Lima	Departamento: Lima
Teléfono:		
Página web:		

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o razón social:		
RUC		
Domicilio Contractual		
Dirección física:		
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Fax:	email:

ASEGURADO

Cliente del Contratante.

MECANISMO DE COMUNICACIÓN PACTADO

La póliza electrónica y demás comunicaciones vinculadas con su contrato de seguro serán enviadas al correo electrónico del Contratante/Asegurado.

DATOS DE LA POLIZA

Póliza N°:	
Tipo de Riesgo:	
Plan Elegido:	
Moneda:	
Fecha de Emisión:	
Periodo de pago prima:	
Forma de renovación	: Automática
Fecha y Hora de Inicio de Vigencia	: DD/MM/AAAA
Fecha y Hora de Fin de Vigencia	: DD/MM/AAAA
Plazo de Vigencia:	
Franquicias, Deducibles, Coaseguro:	
Para las coberturas de Desempleo Involuntario, Incapacidad Física Total y Temporal; El deducible será la primera Cuota del crédito a partir de la ocurrencia del desempleo involuntario o de la incapacidad física total y temporal.	

Plazo de Carencia: Las coberturas de Desempleo Involuntario, Incapacidad Física Total y Temporal y Enfermedades Graves tendrán un período de carencia de XX días. Ningún siniestro será reconocido si ocurriera durante el Periodo de Carencia.

Las enfermedades diagnosticadas durante el Periodo de Carencia, no gozarán de cobertura.

Dicho período de Carencia no aplica para las coberturas de Incapacidad Física Total y Temporal a causa de un accidente y para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente.

BENEFICIARIO

Para las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Física Total y Temporal el Beneficiario será el Contratante; y para la cobertura de Enfermedades Graves o Invalidez Total y Permanente por Accidente el Beneficiario será el Asegurado.

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edad mínima de ingreso : XX años

Edad Máxima de ingreso : Hasta antes de cumplir XX años

Edad Máxima de permanencia : Hasta culminar el mes que cumple XX años

ANTIGÜEDAD LABORAL:

Aplica solo para Desempleo Involuntario (Trabajador Dependiente)

Periodo equivalente mínimo a seis (06) meses ininterrumpidos en el que el Asegurado debe de haber permanecido empleado para tener derecho a la cobertura del presente seguro. Se considerará continuidad laboral en los casos en que la interrupción entre uno y otro empleo no sea mayor a treinta (30) días calendario.

COBERTURAS, PLANES, SUMAS ASEGURADAS Y PRIMA COMERCIAL

COBERTURAS		SUMA ASEGURADA							
Cobertura Principal		Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Desempleo Involuntario	X cuotas de hasta								
Incapacidad Física Total y Temporal									
Enfermedades Graves	Máximo de								
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Saldo deudor a la fecha de siniestro, hasta S/ XXXX								
Prima única									
Prima Comercial sin IGV									
IGV									
Prima Comercial + IGV									

% de cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador*	XX%	XX%	XX%	XX%	XX%	XX%	XX%	XX%
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Soles (S/.)

*Los cargos de comercialización están incluidos en el monto de la Prima Comercial + IGV

Dólares (US\$)

COBERTURAS		SUMA ASEGURADA							
<u>Cobertura Principal</u>		Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Desempleo Involuntario	X cuotas de hasta								
Incapacidad Física Total y Temporal									
Enfermedades Graves	Máximo Total de								
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Saldo deudor a la fecha de siniestro, hasta \$ XXXX								

Prima única

Prima Comercial sin IGV								
IGV								
Prima Comercial + IGV								
% de cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador*	XX%	XX%	XX%	XX%	XX%	XX%	XX%	XX%

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.

La cobertura de Enfermedades Graves se paga una sola vez durante la vigencia de la póliza.

*Los cargos de comercialización están incluidos en el monto de la Prima Comercial + IGV

DETERMINACIÓN Y PARÁMETROS DE BONIFICACIÓN, PREMIOS Y OTROS BENEFICIOS AL COMERCIALIZADOR: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

CONVENIO DE PAGO:

Forma de Pago de Prima	: Abono en cuenta
Modalidad de Pago de Prima	: XXXXX
Total Prima Comercial	:
Condiciones	: a) De conformidad con lo establecido en el Artículo 3° del Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguros (Resolución SBS N° 3198-2013), la prima de seguro es debida desde la celebración del contrato. b) El Contratante pagará la prima de seguro en la forma detallada correspondiente a cada uno de los certificados vigentes de la póliza a más tardar el último día útil de cada mes. c) Queda expresamente establecido que, de acuerdo al Artículo 11° del Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguros (Resolución SBS N° 3198-2013), los certificados cuya prima no sea pagada al vencimiento de pago de la misma, quedarán extinguidos a los noventa (90) días de vencidos dicho plazo. No obstante, La Compañía tendrá derecho al cobro de la prima vencida y devengada.

DECLARACIONES:

- Asimismo, el contratante deja constancia que junto al presente documento ha recibido las Condiciones Generales de la presente póliza, la Solicitud - Certificado, así como los demás documentos que forman parte de la misma según la definición establecida en la ley, siempre que le sean aplicables.
- La vigencia de las coberturas anteriormente detalladas, termina con la terminación anticipada del crédito, quedando la Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido, en fecha posterior a la cancelación o anulación del mismo.

xxxx, DD de MM de AAAA

CONTRATANTE

INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS
S.A.