

**CONDICIONADO PARTICULAR
SEGURO RENTA HOSPITALARIA XXXXX
CÓDIGO SBS XXXXXXXX
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	XXXXXXXXXX
Distrito	XXXXXXXXXX
Provincia	XXXXXXXXXX
Departamento	XXXXXXXXXX
Teléfono	XXXXXXXXXX
Página web	XXXXXXXXXX

DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

Nombre o Razón Social
DNI o RUC
Domicilio Contractual
Dirección física
Distrito
Provincia
Departamento
Teléfono
Correo electrónico

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 PÓLIZA

N° Póliza	
Tipo de Riesgo	
Moneda	
Fecha de emisión	
Fecha y Hora de Inicio de Vigencia	DD/MM/AAAA; XX:XX horas
Fecha y Hora de Fin de Vigencia	DD/MM/AAAA o hasta culminar el mes que cumple la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero
Plazo de vigencia	[Mensual, Trimestral, Semestral, Anual]
Forma de renovación	Automática
Franquicias, Deducibles, Coaseguro	

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edad mínima de ingreso	XX años
Edad máxima de ingreso	XX años y XX días
Edad máxima de permanencia	

COBERTURA

COBERTURA	PLAN XXX XXXXXX Moneda XXX
------------------	---

Renta hospitalaria por accidente	Suma asegurada: XXXXXXXXXX Plazo máximo cubierto: XXXXXXXXXX Deducible: XXXXXXXXXX Número máximo de eventos cubiertos: XXXXXXXXXX Beneficiarios: XXXXXXXXXX
----------------------------------	---

CLÁUSULAS ADICIONALES

COBERTURAS ADICIONALES	PLAN XXX XXXXXX Moneda XXX
Cláusula XX ¹	Suma asegurada: XXXXXXXXXX Plazo máximo cubierto: XXXXXXXXXX Período de carencia: XXXXXXXXXX Deducible: XXXXXXXXXX Número máximo de eventos cubiertos: XXXXXXXXXX Beneficiarios: XXXXXXXXXX

¹ El pago de la Cláusula Adicional Fallecimiento Accidental se realizará a través de cheque emitido a nombre de la sucesión intestada del fallecido.

PRIMA

	PLAN XXX XXXXXX Moneda XXX
Prima Comercial	XX mensual o trimestral o semestral o anual
Prima Comercial + IGV	XX mensual o trimestral o semestral o anual

Forma y lugar de pago de prima: cargo en tarjeta autorizada en Convenio de Pago.

La Prima Comercial incluye lo siguiente:

Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador	XX
---	----

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

CONVENIO DE PAGO:

[Insertar Convenio de Pago]

DECLARACIONES:

- El contratante deja constancia que junto al presente documento ha recibido las Condiciones Generales de la presente póliza, así como los demás documentos que forman parte de la misma según la definición establecida en la Ley N° 29946 – Ley de Contrato de Seguro, siempre que le sean aplicables.

Lima, DD de MMMM de AAAA

INTERSEGURO COMPAÑÍA
DE SEGUROS

CONTRATANTE