

**CONDICIONES PARTICULARES
VIDA PROTEGIDA
CÓDIGO SBS AE2026100132
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias**

**CONDICIONES PARTICULARES
VIDA PROTEGIDA
CÓDIGO SBS AE2026100132
N° POLIZA 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. Pardo y Aliaga 634		
Distrito: San Isidro	Provincia: Lima	Departamento: Lima
Teléfono: 611-4700	Fax: 611-4720	email: servicios@Interseguro.com.pe

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre:	
DNI / RUC:	
Domicilio contractual:	
Dirección física:	
Distrito:	Provincia:
Departamento:	
Teléfono:	Fax:
Dirección electrónica:	

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre:	
DNI:	
Género:	
Fecha de nacimiento:	
Edad Actuarial:	
Domicilio contractual:	
Dirección física:	
Distrito:	Provincia:
Departamento:	
Teléfono:	Fax:
Dirección Electrónica:	

DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL - CÓNYUGE (si corresponde)

Nombre:	
DNI:	
Fecha de nacimiento:	
Edad Actuarial:	
Domicilio contractual:	
Dirección física:	
Distrito:	Provincia:
Departamento:	
Teléfono:	Fax:
Dirección electrónica:	

DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL – HIJO (si corresponde)

Nombre:	
DNI:	
Fecha de nacimiento:	
Edad Actuarial:	
Dirección:	
Distrito:	Provincia:
Departamento:	
Teléfono:	Fax:
Dirección electrónica:	

DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL - HIJO (si corresponde)

Nombre:	
DNI:	
Fecha de nacimiento:	
Edad Actuarial:	
Dirección:	
Distrito:	Provincia:
Departamento:	
Teléfono:	Fax:
Dirección electrónica:	

DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL - HIJO (si corresponde)

Nombre:	
DNI:	
Fecha de nacimiento:	
Edad Actuarial:	
Dirección:	
Distrito:	Provincia:
Departamento:	
Teléfono:	Fax:

Dirección electrónica:

DATOS DE LA POLIZA

Póliza N°:
 Tipo de Riesgo:
 Plan del Seguro:
 Moneda:
 Período de Pago de Prima*:
 Fecha de Emisión: 00:00 horas
 Fecha Inicio Vigencia de Endoso: dd/mm/aaaa
 Fecha y hora de inicio de vigencia: dd/mm/aaaa
 Fecha y hora de fin de vigencia: dd/mm/aaaa o hasta culminar el mes que cumple los XX años de edad
 Plazo de Vigencia: X años (renovable automáticamente hasta la edad máxima de permanencia)
 Número de Hijos máximos de asegurar :
 Franquicias, Deducibles, Coaseguro:

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.

* El período de pago de prima consiste en el período de vigencia de la póliza.

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

N°	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI	Relación con el Asegurado	% Participación
1						
2						
3						

BENEFICIARIO CONTINGENTE

N°	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI	Relación con el Asegurado	%
1						
2						

El beneficiario de los Asegurados Adicionales es el Asegurado Principal.

COBERTURAS

RIESGOS CUBIERTOS	CAPITAL ASEGURADO (1)	TASA ANUAL (‰)	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MAXIMA DE INGRESO	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA (2)	PRIMA ANUAL
Fallecimiento						
Accidental						
Asegurado Principal						
Asegurado Cónyuge						
Asegurado Hijo						
Invalidez Accidental						
Asegurado Principal						
Asegurado Cónyuge						
					TOTAL	

(1) Los montos de las coberturas no son acumulables y están expresados en dólares americanos, cuyo tipo de cambio será el establecido de acuerdo a la entidad financiera que el contratante ha elegido para el pago de la prima.

(2) Vigencia Máxima

PRIMA COMERCIAL

Prima Anual	
Frecuencia de Pago	
Factor de Pago	
Prima Comercial	
IGV	
Prima Comercial + IGV*	*
TCEA	
Comisión del primer año de la póliza**:	
Promotor de Seguro:	

* Para efectos del Convenio de Pago, la "Prima Comercial + IGV" se denominará "Prima Comercial".

** Calculada sobre la Prima Anual al momento de la emisión de la póliza.

CONVENIO DE PAGO:

Forma de Pago de Prima	: Adelantada
Prima Comercial	: US\$ XX.DD
Frecuencia de Pago	: Anual/Semestral/Trimestral/Mensual se determinará de acuerdo a la frecuencia elegida por el cliente
Vencimiento de pago de Prima Comercial	: Día 1 del Año/Semestre/Trimestre/Mes de cobertura
Modalidad de Pago de Prima Comercial	: Según vía de cobro pactada en Autorización de Cargo de Primas
Inicio de Periodo de Cobranza*	: xx días antes del Vencimiento de la Prima Comercial
Mora	: US\$ xx por única vez, por cada Prima Comercial vencida y a partir de los treinta (30) días después del vencimiento de dicha prima.
Condiciones	: <ul style="list-style-type: none">a) Queda entendido que las primas deberán pagarse por adelantado, venciendo el plazo para el pago de las mismas el primer día del mes de cobertura.b) Mediante la firma de la "Autorización de Cargo de Primas" Interseguro queda facultado a debitar la Prima Comercial desde el Inicio del Periodo de Cobranza arriba indicado.c) Sin perjuicio de lo expuesto, de no tener éxito en el cargo de la Prima Comercial, autorizo a Interseguro a reintentar el cargo de la prima impaga durante el transcurso de los noventa (90) días siguientes al vencimiento de la prima.d) Una vez transcurrido el plazo de noventa (90) días contados desde el vencimiento de la prima, se entiende que el contrato queda extinguido y la empresa tiene derecho al cobro de la prima devengada.e) Las primas son expresadas en Dólares Americanos, de acuerdo al Artículo N° 1237 del Código Civil. En caso el cliente decida pagar en Nuevos Soles, se aplicará el tipo de cambio venta establecido por la institución bancaria o financiera recaudadora a la fecha de pago.

Nota: Para efectos del Convenido de pago la Prima Comercial incluye IGV.

* El inicio de período de cobranza indica la fecha a partir de la cual se iniciará el débito automático.

DECLARACIONES:

- El Contratante declara que ha sido debidamente informado de que la Compañía no autoriza a su personal a recibir suma alguna de dinero por concepto de primas, y que el único medio válido de pago es a través de la institución bancaria o financiera elegida por el Contratante, que figura en la “Autorización de Cargo de Primas”. Por tal motivo, cualquier pago en contravención de lo dispuesto en este documento será bajo única responsabilidad del Contratante y/o Asegurado.
- Asimismo, el contratante deja constancia que junto al presente documento ha recibido las Condiciones Generales de la presente póliza, Resumen, Cláusulas Adicionales en caso de corresponder, así como los demás documentos que forman parte de la póliza según la definición dada en la ley, siempre que le sean aplicables.

xxxx, DD de MMMM de AAAA

**INTERSEGURO COMPAÑÍA
DE SEGUROS**

EL CONTRATANTE