

**CONDICIONES PARTICULARES
VIDA TOTAL PROTEGIDA
N° POLIZA XXXXXXXXXX
CÓDIGO SBS AE2026100133**

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 :	
Domicilio contractual:	
Dirección física:	
Distrito:	Provincia:
Departamento:	
Teléfono:	Fax:
Dirección Electrónica:	

DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL - CÓNYUGE (si corresponde)

Nombre:	
DNI:	
Fecha de nacimiento:	

Edad:	
Domicilio contractual:	
Dirección física:	
Distrito:	Provincia:
Departamento:	
Teléfono:	Fax:
Dirección electrónica:	

DATOS DE LA POLIZA

Tipo de Riesgo:	
Plan del Seguro:	
Moneda:	
Periodo 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 00:00 horas
Fecha y Hora de Fin de Vigencia	: DD/MM/AAAA 24:00 horas
Plazo de Vigencia: X años (renovable automáticamente hasta la edad máxima de permanencia)	
Franquicias, Deducibles, Coaseguro:	
Periodo de Franquicia	:
<u>Período Máximo a Indemnizar</u>	
Número de días máximo consecutivos de hospitalización en un año de vigencia:	XX
Número de días máximo no consecutivos de hospitalización en un año de vigencia:	XX
Esta Póliza forma parte Del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales a cargo de La Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.	

* 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 CONTIGENTE

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

2						
---	--	--	--	--	--	--

El beneficiario de los Asegurados Adicionales es el Asegurado Principal.

COBERTURA PRINCIPAL Y COBERTURAS ADICIONALES

RIESGOS CUBIERTOS	CAPITAL ASEGURADO (1)	TASA ANUAL (‰)(3)	EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MAXIMA DE INGRESO	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA (2)	PRIMA COMERCIAL ANUAL(4)
PRINCIPAL						
Fallecimiento Accidental						
Asegurado Principal						
Asegurado Cónyuge						
ADICIONALES						
Fallecimiento Accidental en Transporte Público						
Asegurado Principal						
Asegurado Cónyuge						
Fallecimiento Accidental en Transporte Aéreo						
Asegurado Principal						
Asegurado Cónyuge						
Invalidez Accidental						
Asegurado Principal						
Asegurado Cónyuge						
Indemnización diaria por hospitalización a causa de accidente(5)						
Asegurado Principal						
Asegurado Cónyuge						
Indemnización diaria por hospitalización a causa de accidente – UCI(5)		0%				
Asegurado Principal						
Asegurado Cónyuge						
					TOTAL	

(1) Los montos de las coberturas no son acumulables

(2) Vigencia Máxima

(3) Es la tasa de tarifa anual por mil de capital asegurado para cada cobertura

(4) Prima anual se obtiene del producto de la tasa anual y el capital asegurado para cada cobertura, en base a esta prima se calculará la prima comercial.

(5) Las dos últimas coberturas son excluyentes, es decir se pagará una u otra cobertura, pero no ambas por el mismo periodo de tiempo.

PRIMA COMERCIAL

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

* Solo será aplicable cuando la frecuencia de pago sea distinta a la anual.

** Calculada en base de la Prima Comercial Anual al momento de 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\$ 1.50 por única vez, por cada período de pago de la Prima Comercial vencida y a partir de los treinta (30) días después del vencimiento de dicha prima.
Condiciones	: 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” detallada en la Solicitud del Seguro 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.

* 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” que forma parte integrante de la Solicitud del Seguro. 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.

**INTERSEGURO COMPAÑÍA
DE SEGUROS**

EL CONTRATANTE