

**CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO PROTECCIÓN FINANCIERA
CÓDIGO SBS AE2026100106
POLIZA N° XXXXXXXXXX
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias**

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

ASEGURADO

Cliente del Contratante.

DATOS DE LA PÓLIZA

Tipo de Riesgo
Plan de seguro:
Moneda:
Plazo de carencia:
Fecha y hora de inicio de vigencia: dd/mm/aaaa; 00:00 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; 24:00 horas
Fecha de Emisión : dd/mm/aaaa
Plazo de Vigencia : anual
Forma de pago del siniestro :
Franquicias, deducibles, coaseguro :
1. Desempleo Involuntario o Incapacidad Física Total y Temporal: El deducible será la primera(s) XX cuota(s) a partir del desempleo involuntario o la incapacidad física total y temporal.
2. Gastos Hospitalarios: El deducible es del XX día (s) de hospitalización del Asegurado. Para que se considere como hospitalización el Asegurado debe de contar una permanencia mínima de XX Horas.
Antigüedad Laboral: Periodo equivalente mínimo a un (1) año ininterrumpido 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 siete (7) días calendario. (Aplica solo para desempleo involuntario- Trabajador Dependiente)

La Compañía otorgará al Beneficiario una indemnización que consiste en el pago, por cada XX días calendario de desempleo Involuntario, de una cuota mensual de la deuda contraída con el Contratante.

La Compañía otorgará al Beneficiario una indemnización que consiste en el pago, por cada XX días calendario de Incapacidad Física Total y Temporal, de una cuota mensual de la deuda contraída con el Contratante. (Trabajador Dependiente).

Esta Póliza 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 N° 29355

BENEFICIARIO

Para la cobertura de Desempleo Involuntario e Incapacidad Física Total y Temporal, el Beneficiario será el Contratante

Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad y Gastos Hospitalarios, el Beneficiario es el propio Asegurado.

El Asegurado podrá designar a un (1) Beneficiario para cobrar el importe de este seguro en caso de fallecimiento accidental y en su ausencia de este, serán sus herederos legales

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

COBERTURAS, PLANES, SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS

Coberturas	SUMAS ASEGURADAS EN NUEVOS SOLES (S/.)				
	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E
	12 Meses	18 Meses	24 Meses	36 Meses	48 Meses
<u>Cobertura Principal</u>					
A Fallecimiento Accidental					
<u>Coberturas Accesorias</u>					

Coberturas		SUMAS ASEGURADAS EN NUEVOS SOLES (S/.)				
		Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E
		12 Meses	18 Meses	24 Meses	36 Meses	48 Meses
B	Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad					
C	Desempleo Involuntario					
D	Incapacidad Física Total y Temporal					
E	Gastos Hospitalarios					

Prima única

Prima Comercial sin IGV					
IGV					
Prima Comercial + IGV					

La prima comercial total incluye:	Monto
% de 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

En caso de incumplimiento de pago de prima:	Monto
Gastos de cobranza	XX

CONVENIO DE PAGO:

Forma de : Abono en cuenta

Pago de Prima	
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 forma detallada correspondiente a cada uno de las Solicitudes - 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), en caso La Compañía opte por diferir la prima, las Solicitudes - 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. Asimismo, los usuarios podrán acceder a la información completa y actualizada sobre el presente producto, incluyendo las coberturas y exclusiones que correspondan, a través de la página web de la Compañía (www.interseguro.com.pe).
- La vigencia de todas las coberturas anteriormente detalladas, termina con la cancelación del crédito, quedando La Compañía liberada del pago de cualquier siniestro ocurrido, en fecha posterior a la cancelación del mismo.
- Las coberturas de Fallecimiento Accidental, Invalidez Permanente por Accidente o Enfermedad, Desempleo Involuntario (Trabajador Dependiente), Incapacidad Física Total y Temporal (Trabajador Independiente) y Gastos Hospitalarios son excluyentes entre sí, pudiendo el Asegurado presentar la denuncia del siniestro solo por una de ellas durante la vigencia del seguro. Se considerará un solo evento para todas las coberturas durante la vigencia del seguro.

XXX, DD de MMMM de AAAA

**INTERSEGURO COMPAÑÍA
DE SEGUROS**

EL CONTRATANTE