

**DESGRAVAMEN INDIVIDUAL
CONDICIONES PARTICULARES
CÓDIGO SBS VI2027400137
PÓLIZA N° XXXXXX**

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 (ASEGURADO TITULAR)

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

DATOS DEL COASEGURADO (ASEGURADO MANCOMUNADO)

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

DATOS DE LA PÓLIZA

Tipo de Riesgo:
Plan de seguro:

Moneda:	
Fecha y hora de inicio de vigencia	: Desde las 00:00 horas de la fecha de desembolso del crédito solicitado.
Fecha y hora de fin de vigencia	: Hasta las 24:00 horas de la fecha de completado el pago del crédito solicitado o hasta culminar el mes que cumple los XX años de edad
Fecha de Emisión	: dd/mm/aaaa
Plazo de Vigencia de la Póliza	: Durante la vigencia del crédito solicitado
Forma de pago del siniestro	:
Franquicias, deducibles, coaseguro	:
Beneficiario	:La Entidad Financiera, Asegurado o Herederos legales, según corresponda.
Suma Asegurada Máxima	: XXXXXXXXXXXX
Límite Máximo por Asegurado	: XXXXXXXXXXXX
Tasa Mensual (*)	: XXX por mil de suma asegurada
(*) Esta tasa es para los riesgos cubiertos bajo esta póliza.	

DATOS DEL CREDITO

Entidad Financiera:
Nº de crédito:
Saldo Inicial:
Fecha de desembolso:
Fecha de fin de pago:
Nº de cuotas:
Tipo de Crédito:

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

ESTRUCTURA DE BENEFICIARIOS

COBERTURAS	BENEFICIARIOS
	PLAN X
Cobertura Principal	
Fallecimiento	XXXX
Invalidez Total y Permanente	
Cobertura(s) Adicional(s)	
xxxxxx	XXXX

RIESGOS CUBIERTOS, SUMA ASEGURADA Y PRIMA COMERCIAL

COBERTURAS	SUMAS ASEGURADAS(*)
	PLAN X
Cobertura Principal	
Fallecimiento	XXXX
Invalidez Total y Permanente	
Cobertura(s) Adicional(es)	
xxxxxx	XXXX
Frecuencia de Pago	XXXX
Tasa de Prima Mensual	XX.XX%
Prima Comercial	XXXX
TCEA	XX%
Planes	PLAN X
Comisión de Comercializador	X%

(*)El X% de la Suma Asegurada será pagado a la Entidad Financiera y el 1-X% será pagado al beneficiario en caso de invalidez o a los Herederos Legales en caso de fallecimiento.

PRIMA COMERCIAL

La Entidad Financiera se encargará de recaudar y transferir a La Compañía, mensualmente la Prima Comercial calculada en base a la tasa mensual por mil y el saldo deudor o saldo inicial, según corresponda. La prima será pagada por el Contratante a la Entidad Financiera conjuntamente con la cuota del crédito, siendo obligación de la Entidad Financiera transferir dicho pago a La Compañía.

CONVENIO DE PAGO:

Forma de Pago de Prima	:	Según lo establecido en el cronograma de pagos suscrito con la Entidad Financiera
Vencimiento de Pago de Prima Comercial	:	Según lo establecido en el cronograma de pagos suscrito con la Entidad Financiera El producto de la tasa de prima mensual y el saldo inicial o saldo deudor (insoluto) del crédito reportado a la fecha de cobranza por la Entidad Financiera
Condición	:	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.

DECLARACIONES:

- Asimismo, el Contratante deja constancia que junto al presente documento ha recibido las Condiciones Generales de la presente póliza, Resumen, así como los demás documentos que forman parte de la misma según la definición establecida en la Ley, siempre que le sean aplicables.

xxxx, DD de MMMM de AAAA

INTERSEGURO COMPAÑÍA
DE SEGUROS

CONTRATANTE