



CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO EDUCACIONAL (SEGURO ESCOLAR Y UNIVERSITARIO)
CÓDIGO SBS VI2027120009
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:		
RUC o DNI:		
Dirección:		
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Fax:	email:

ASEGURADO

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
DNI:		
Dirección:		
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Fax:	email:

DATOS DE LA POLIZA

Tipo de Riesgo		
Plan del Seguro:		
Moneda:		
Periodo de Pago Prima:	:	
Fecha de Emisión	:	dd/mm/aaaa 00:00 horas
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:		
Franquicias, Deducibles, Coaseguro :	XX	
Modificación del Capital :	XX	
Edad Mínima De Ingreso :	XX	
Edad Máxima De Ingreso :	XX	

Edad Máxima De Permanencia	:	XX
Lugar y Forma De Pago de Prima	:	XXXXXXXXXXXX

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 creado mediante la Ley 29355.

BENEFICIARIOS

Nº	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI	Relación con el Asegurado

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:	

* IGV sólo aplica para personas jurídicas

** Para efectos del Convenio de Pago, la “Prima Comercial + IGV” se denominará “Prima Comercial”

*** Calculada en base de la Prima Comercial Anual al momento de emisión de la póliza.

CONDICIONES DEL SEGURO

COBERTURAS	BENEFICIARIOS	RENTA ANUAL
FALLECIMIENTO	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

FORMA DE PAGO DE LA RENTA:

De acuerdo a lo señalado en el Artículo N° 17 de las Condiciones Generales de la Póliza.

Asimismo, 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 dada en la ley, siempre que le sean aplicables.

CONVENIO DE PAGO

Forma de Pago de Prima	:	Adelantada
Total Prima Comercial	:	xxx
Frecuencia de Pago	:	<u>Anual/Semestral/Trimestral/Mensual</u>
Vencimiento de pago de Prima Comercial	:	Día 1 del <u>Año/Semestre/Trimestre/Mes</u> de cobertura
Modalidad de Pago de Prima Comercial	:	xxxx
Inicio de Periodo de Cobranza	:	xxxx
Mora	:	xxxxx
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" La Compañía 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 el derecho al cobro de la prima devengada.

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 este documento. Por tal motivo, cualquier pago en contravención de lo dispuesto en este documento será bajo única responsabilidad del Contratante y/o Asegurado.
- El Contratante deja constancia que junto al presente documento ha recibido las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales en caso de corresponder, Resumen, 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