

**CONDICIONES PARTICULARES**  
**SEGURO TEMPORAL EN GRUPO VEA ACCIDENTES**  
**CÓDIGO SBS AE2026100102**  
**Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias**  
**Póliza XXXXXXXXXXXX**

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

**ASEGURADO**

|                          |
|--------------------------|
| Clientes del contratante |
|--------------------------|

**DATOS DE LA PÓLIZA**

|   |   |
|---|---|
| Tipo de Riesgo  |   |
| Plan de seguro:   |   |
| Moneda:   |   |
| 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 la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero |
| Fecha de Emisión  | :dd/mm/aaaa   |
| Plazo de Vigencia   |   |
| Forma de pago del siniestro :   |   |
| Franquicias, deducibles, coaseguro :  |   |
| 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 |   |

**BENEFICIARIOS:**

El Asegurado podrá designar hasta tres (3) Beneficiarios para cobrar el importe de este seguro, detallados en el Certificado del Seguro.

Nota. La suma de los porcentajes de los Beneficiarios deberá ser cien por ciento (100%).

#### PLANES, PRIMAS, COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

##### Planes en Dólares:

- Plan A: Pensión de US\$ xx por n años más US\$ xx de Capital al contado
- Plan B: Pensión de US\$ xx por n años más US\$ xx de Capital al contado
- Plan C: Pensión de US\$ xx por años más US\$ xx de Capital al contado
- Plan D: Pensión de US\$ xx por años más US\$ xx de Capital al contado
- Plan E: Pensión de US\$ xx por años más US\$ xx de Capital al contado
- Plan F: Pensión de US\$ xx por años más US\$ xx de Capital al contado

##### Planes en Nuevos Soles:

- Plan A: Pensión de S/. xx por años más S/. xx de Capital al contado
- Plan B: Pensión de S/. xx por años más S/. xx de Capital al contado
- Plan C: Pensión de S/. xx por años más S/. xx de Capital al contado
- Plan D: Pensión de S/. xx por años más S/. xx de Capital al contado
- Plan E: Pensión de S/. xx por años más S/. xx de Capital al contado
- Plan F: Pensión de S/. xx por años más S/. xx de Capital al contado

El pago del Capital al Contado se efectuará en forma previa al pago de la pensión. La pensión se otorgará mensualmente mediante vales de Consumo redimibles en el (los) establecimiento(s) comercial(es) de Supermercados Peruanos S. A.

#### COBERTURAS

| COBERTURAS   | FORMA DE INDEMNIZACIÓN  | Plan A        | Plan B        | Plan C       | Plan D       | Plan E       | Plan F       |
|--|-------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| – Fallecimiento Accidental                           | Capital al Contado      | S/.<br>X,XXX  | S/.<br>XX,XXX | S/.<br>X,XXX | S/.<br>X,XXX | S/.<br>X,XXX | S/.<br>X,XXX |
| – Invalidez Permanente Total o Parcial por accidente | Vale de Consumo Mensual | S/. XXX       | S/. XXX       | S/.<br>X,XXX | S/.<br>X,XXX | S/.<br>X,XXX | S/.<br>X,XXX |
|  | Monto total a XX meses  | S/.<br>XX,XXX | S/.<br>XX,XXX | S/.<br>X,XXX | S/.<br>X,XXX | S/.<br>X,XXX | S/.<br>X,XXX |

#### Cuadro de Planes y Primas en Dólares Americanos (US\$)(\*)

|                               | Pensión a 5 años |        |        | Pensión a 8 años |        |        |
|-------------------------------|------------------|--------|--------|------------------|--------|--------|
|                               | Plan A           | Plan B | Plan C | Plan D           | Plan E | Plan F |
| Vales de Consumo Mensual US\$ |                  |        |        |                  |        |        |
| Capital al Contado US\$       |                  |        |        |                  |        |        |

### Prima Anual

|                            |     |     |     |     |     |     |
|----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Prima Comercial sin IGV    |     |     |     |     |     |     |
| IGV                        |     |     |     |     |     |     |
| Prima Comercial + IGV      |     |     |     |     |     |     |
| TCEA                       | XX% | XX% | XX% | XX% | XX% | XX% |
| Cargos de Comercialización | XX% | XX% | XX% | XX% | XX% | XX% |

### Cuadro de Planes y Primas en Nuevos soles (S/.)(\*)

|                              | Pensión a 5 años |        |        | Pensión a 8 años |        |        |
|------------------------------|------------------|--------|--------|------------------|--------|--------|
|                              | Plan A           | Plan B | Plan C | Plan D           | Plan E | Plan F |
| Vales de Consumo Mensual S/. |                  |        |        |                  |        |        |
| Capital al Contado S/.       |                  |        |        |                  |        |        |

### Prima Anual

|                            |     |     |     |     |     |     |
|----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Prima Comercial sin IGV    |     |     |     |     |     |     |
| IGV                        |     |     |     |     |     |     |
| Prima Comercial + IGV      |     |     |     |     |     |     |
| TCEA                       | XX% | XX% | XX% | XX% | XX% | XX% |
| Cargos de Comercialización | XX% | XX% | XX% | XX% | XX% | XX% |

(\*) Los planes C, D, E y F no se comercializan.

### CONDICIONES DEL SEGURO

Suma Asegurada Máxima : De acuerdo al plan elegido por el Asegurado

### CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edad Mínima de ingreso :  
 Edad Máxima de ingreso :  
 Edad Máxima de permanencia :

### CONVENIO DE PAGO:

|                        |   |
|------------------------|---|
| Forma de Pago de Prima | : Abono en cuenta   |
| 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.<br>b) El Asegurado pagará la prima de seguro en la forma detallada en la Solicitud-Certificado. Queda expresamente establecido que, de acuerdo al Artículo 11° del Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguros (Resolución SBS N° 3198-2013), los 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:**

- 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](http://www.interseguro.com.pe)).

xxx, DD de MMMM de AAAA

---

**INTERSEGURO COMPAÑÍA  
DE SEGUROS**

---

**EL CONTRATANTE**