

**CONDICIONES PARTICULARES  
SEGURO DE VIDA SEPELIO FAMILIAR  
CÓDIGO SBS VI2028000110  
N° PÓLIZA XXXXXXXX**

**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:		
Actividad o Profesión:		
Domicilio contractual:		
Dirección física:		
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Fax:	
Dirección Electrónica:		

**ASEGURADO ADICIONAL - CÓNYUGE (si corresponde)**

Nombre:		
DNI:		
Domicilio contractual:		
Dirección física:		
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Fax:	
Dirección electrónica:		
Fecha de Nacimiento:		
Sexo:		

**ASEGURADO ADICIONAL – HIJO (si corresponde)**

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

**ASEGURADO ADICIONAL - HIJO (si corresponde)**

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

**ASEGURADO ADICIONAL - HIJO (si corresponde)**

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

**DATOS DE LA POLIZA**

Tipo de Riesgo:	
Plan Elegido:	
Moneda:	
Fecha de Emisión:	
Fecha y Hora de Inicio de Vigencia :	00: 00 dd/mm/aaaa
Fecha y Hora de Fin de Vigencia :	24:00 dd/mm/aaaa o al culminar el mes en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.
Plazo de Vigencia	:
Número de Hijos posible de asegurar	:
Franquicias, Deducibles, Coaseguro	:
Forma de Pago	;
Esta Póliza forma parte Del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida a cargo de La Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.	

**BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL:**

N°	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI	Relación con el Asegurado	% Participación
1						
2						
3						

**En caso de siniestros del cónyuge o hijos, el beneficiario es el asegurado principal.**

La póliza cubre al asegurado principal, a su cónyuge y a sus hijos con el capital asegurado indicado.

**CONDICIONES DEL SEGURO**

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 Y PRIMA COMERCIAL**

<b>COBERTURAS (1)(2)</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>
<u>Cobertura Principal</u>			
Fallecimiento Natural			
<u>Cobertura Accesorias</u>			
Invalidez Accidental Total y Permanente			
Gastos de Sepelio			
Mensual			
Prima Comercial sin IGV			
IGV			
Prima Comercial + IGV			
TCEA			
Cargos de Comercialización			
Semestral			
Prima Comercial sin IGV			
IGV			
Prima Comercial + IGV			
TCEA			

Cargos de Comercialización			
Anual			
Prima Comercial sin IGV			
IGV			
Prima Comercial + IGV			
TCEA			
Cargos de Comercialización			

- (1) La prima comercial es anual, sin perjuicio de fraccionar el pago en cuotas mensuales o semestrales.
- (2) El seguro otorga cobertura al(la) cónyuge hasta antes de cumplir los XX años de edad y a los hijos desde los tres (03) meses hasta antes de cumplir dieciocho (18) años, en caso estén estudiando la cobertura se extenderá hasta antes de cumplir los veinticuatro (24) años.

#### CONVENIO DE PAGO:

Forma de Pago de Prima	:	
Frecuencia de Pago	de	
Vencimiento de pago de Prima	de	
Modalidad de Pago de Prima	de	
Inicio de Periodo de Cobranza**	:	
Gastos de Cobranza*	de	
Condiciones	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>b) Queda expresamente establecido que, de acuerdo al Artículo 11° del Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguros (Resolución SBS N° 3198-2013), las pólizas 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.</li> </ol>

\*Se encuentra incluido en la Prima Comercial

\*\*El inicio del periodo de cobranza corresponde al momento a partir del cual se empieza a efectuar 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 misma según la definición establecida en la ley, siempre que le sean aplicables.

Lima, xx de xxxxx de xxxx

---

**INTERSEGURO COMPAÑÍA  
DE SEGUROS**

---

**EL CONTRATANTE**