CONDICIONADO PARTICULAR
SALUD MAX XXXXXX
CÓDIGO SBS N° AE2026400230
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. Javier Prado Este Nro. 492 Int. 2601 Urb. Jardin
Distrito	San Isidro
Provincia	Lima
Departamento	Lima
Teléfono	(01) 500-0000
Página web	https://www.interseguro.pe/

DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

Nombre o Razón Social	
DNI o RUC	
Domicilio Contractual	
Dirección física	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Teléfono	
Correo electrónico	

MECANISMO DE COMUNICACIÓN PACTADO

La póliza electrónica y demás comunicaciones vinculadas con su contrato de seguro serán enviadas al correo electrónico del Contratante/Asegurado.

DATOS DE LA PÓLIZA

N° Póliza	
Tipo de Riesgo	
Moneda	
Fecha de emisión	
Fecha y Hora de Inicio de Vigencia	DD/MM/AAAA; XX:XX 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
Plazo de vigencia	Anual
Forma de renovación	Automática
Franquicias, Deducibles, Coaseguro	

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edad mínima de ingreso	18 años
Edad máxima de ingreso	Hasta antes de cumplir 65 años
Edad máxima de permanencia	Hasta antes de cumplir 69 años

COBERTURA

COBERTURA	PLAN XXX XXXXXX Moneda SOLES

Renta hospitalaria por accidente	**Suma asegurada: 225** **Plazo máximo cubierto: Hasta 1 día1, límite de días agregado por póliza** **Carencia: No aplica** **Deducible: No aplica** **Beneficiarios: Asegurado Titular**

CLÁUSULAS ADICIONALES

COBERTURAS ADICIONALES	**PLAN XXX** **XXXXXX** **Moneda SOLES**
Renta hospitalaria por Enfermedad	Suma asegurada: 225 Plazo máximo cubierto: Hasta 30 días, límite de días agregado por póliza Carencia: No aplica Beneficiarios: Asegurado Titular Número máximo de eventos cubiertos: 2
Fallecimiento	Suma asegurada: S/ 10,000 Plazo máximo cubierto: No aplica Deducible: No aplica Número máximo de eventos cubiertos:1 Asegurado: Asegurado Titular Beneficiarios: Legales

1 El pago de la Cláusula Adicional Fallecimiento Accidental se realizará a través de cheque emitido a nombre de la sucesión intestada del fallecido.

PRIMA

	PLAN XXX **XXXXXXX** **Moneda XXX**
Prima Comercial	XX mensual
Prima Comercial + IGV	XX mensual

Forma y lugar de pago de prima: cargo en tarjeta autorizada en Convenio de Pago.

La Prima Comercial incluye lo siguiente:

Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador	30%

DETERMINACIÓN Y PARÁMETROS DE BONIFICACIÓN, PREMIOS Y OTROS BENEFICIOS AL COMERCIALIZADOR: No aplica

DECLARACIONES:

- 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 establecida en la Ley N° 29946 – Ley de Contrato de Seguro, siempre que le sean aplicables.

Lima, DD de MMMM de AAAA

_____	_____
INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS	CONTRATANTE