

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO
"SEGURO RESPALDO"

CONDICIONES PARTICULARES			
1. DATOS DE LA POLIZA:			
TIPO DE PÓLIZA	:	Seguro de Vida en Grupo Temporal Renovable Automáticamente	
CODIGO REGISTRO SBS	:	XXXXXXXXXX, adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.	
N° DE PÓLIZA	:	«XXXXXXXXXX»	
MONEDA DEL CONTRATO	:	«XXXXXXXXXX»	
PLAZO DE CONTRATACIÓN	:	«XXXXXXXXXX», renovable automáticamente.	
FECHA DE EMISIÓN	:	«dd/mm/aa»	
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	:	00:00 horas del «dd/mm/aa»	
FECHA DE FIN DE VIGENCIA	:	23:59 horas del «dd/mm/aa»	
La presente 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 Ley 29355.			
2. INFORMACION DEL CONTRATANTE, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS:			
CONTRATANTE	:	«XXXX»	
N° RUC	:	«XXXX»	
DIRECCIÓN FÍSICA	:	«XXXX»	
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA	:	«XXXX»	
ASEGURADOS	:	Personas naturales clientes del CONTRATANTE titulares de cuentas corrientes y/o de ahorros o tarjetas de crédito, que hayan solicitado su afiliación al seguro y que al momento de su afiliación no superen los «XX» años y 364 días de edad ("Edad Máxima de Ingreso"), quienes podrán permanecer asegurados hasta cumplir los «XX» años y 364 días de edad ("Edad Máxima de Permanencia"). La información específica de cada Asegurado se detalla en las respectivas Solicitudes de Seguro.	
BENEFICIARIOS	:	Los designados por el Asegurado en la Solicitud de Afiliación, o en su defecto los herederos instituidos de acuerdo a ley.	
3. PRIMA COLECTIVA:			
Suma de las primas individuales que se indican. El Contratante se obliga a entregar a la Compañía la suma de las primas individuales recibidas conforme a lo dispuesto en el contrato de comercialización correspondiente.			
4. PRIMA COMERCIAL (INDIVIDUAL):			
MONTO DE LA PRIMA	:		
		PLAN MENSUAL	PLAN ANUAL
		«Mon»«X.XX»	«Mon»«X.XX»
FRECUENCIA DE PAGO	:	Mensual o Anual, según figure en la Solicitud de Afiliación.	
FORMA DE PAGO	:	Cargo en Cuenta o Tarjeta de Crédito	
LUGAR DE PAGO	:	Virtual (pago electrónico)	
OPORTUNIDAD DE PAGO	:	El Contratante realizará el débito de la prima inicial en la Cuenta Bancaria autorizada por el Asegurado dentro del mes de suscrita la solicitud de seguro. El pago de las primas siguientes vencerá en igual día del mes de cobertura correspondiente.	

Las primas no incluyen IGV. Las pólizas de vida están inafectas al IGV cuando el comprobante de pago es emitido a una persona natural (afiliada al seguro) residente en el Perú. La prima incluye la comisión (o cargos por la comercialización) que se indica en el acápite 5 de las presentes Condiciones Particulares.

5. COMERCIALIZADOR:

NOMBRE : «XXXXXXXXXX»
 REGISTRO : «XXXXXXXXXX»
 COMISIÓN : «XXXXXXXXXX»

La comisión del comercializador está incluida en la prima comercial y se calcula sin considerar el factor de gestión. Aplican bonificaciones, premios u otros beneficios adicionales según acuerdo del Comercializador con la Compañía, los cuales dependerán de los siguientes parámetros: volumen de ventas y/o metas alcanzadas durante determinado periodo.

6. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

Coberturas		Sumas Aseguradas	Periodo de Carencia
Básica	Vida	«Mon»«XX,XXX.XX»	«XX»«días/meses»
Adicionales	Indemnización por Cáncer	«Mon»«XX,XXX.XX»	«XX»«días/meses»
	Renta por Hospitalización ⁽¹⁾	«Mon»«XX.XX» por día	«XX»«días/meses»
	Indemnización por Sepelio	«Mon»«XX,XXX.XX»	«XX»«días/meses»
	Descanso Médico por Accidente ⁽²⁾	«Mon»«XX.XX» por día	«XX»«días/meses»
	Robo y/o Asalto de Materiales de Trabajo	«Mon»«XX,XXX.XX»	«XX»«días/meses»

(1) Se cubrirá cada evento a partir del «XX» día. El número máximo de días a indemnizar es de «XX» días calendarios, renovables cada año mientras la póliza se encuentre vigente.

(2) Se cubrirá cada evento a partir del «XX» día. El número máximo de días a indemnizar es de «XX» días calendarios, renovables cada año mientras la póliza se encuentre vigente.

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, denominada en adelante la Compañía; con R.U.C. N° 20332970411; con dirección física en la Av. Juan de Arona 830, piso 5, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima; con dirección electrónica en «XXXXXXXXXXXXXX»; con teléfono «XXX-XXXX» (canales de comunicación pactados); de acuerdo con lo establecido en la presente póliza asegurará a cada una de las personas del grupo asegurado durante la vigencia de la misma.

PACIFICO SEGUROS NO AUTORIZA A SU PERSONAL A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO EN FORMA PERSONAL. En este sentido, Pacífico Seguros no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el cliente decida entregar a personal distinto al encargado de las cajas autorizadas a pesar de conocer esta prohibición.

La presente póliza no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo por aquellos expresamente indicados en el Cuadro de Coberturas del acápite 6 de las presentes Condiciones Particulares.

Toda declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable de circunstancias relevantes conocidas por el Asegurado, determina la nulidad del Certificado de Seguro correspondiente y, en consecuencia, toda obligación de Pacífico Seguros, de acuerdo al artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro.

EN FE DE LO CUAL, la presente ha sido firmada por el Contratante y los funcionarios de la Compañía, debidamente autorizados para ello.

Lima, «XX» de «XXXXX» de «XXXX»

FUNCIONARIO

FUNCIONARIO

CONTRATANTE