

**PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL
SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL**

CONDICIONES PARTICULARES

1. DATOS DE LA PÓLIZA	
TIPO DE PÓLIZA	: Desgravamen Individual
CÓDIGO SBS	: «XXXXXXXXXXXX», póliza adecuada a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
N° DE PÓLIZA	: «XXXXXXXXX»
MONEDA DEL CONTRATO	: Nuevos Soles
PLAZO DE CONTRATACIÓN	: Anual renovable automáticamente hasta el vencimiento del plazo del Crédito que motiva la suscripción del presente seguro o de las eventuales reprogramaciones del mismo (en adelante el Crédito)
FECHA DE EMISIÓN	: «dd/mm/aaaa»
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	: 00:00 horas del «dd/mm/aaaa»
FECHA DE FIN DE VIGENCIA	: 23:59 horas del «dd/mm/aaaa» o del día final de la reprogramación del Crédito o del día anterior a la fecha en la cual el Asegurado cumple la Edad Máxima de Permanencia.
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. COMERCIALIZADOR (ENTIDAD FINANCIERA)	
DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL	: «XXXXXXXXXXXXXXX»
R.U.C N°	: «XXXXXXXXXXXXXXX»
COMISIÓN	: «XX.XX» La comisión del comercializador o intermediario está incluida en la prima comercial y se calcula sin considerar los gastos de gestión.
3. CONTRATANTE / ASEGURADO	
NOMBRES Y APELLIDOS	: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»
TIPO Y N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	: «XXX» «XXXXXXXXXXXXXXX»
EDAD MÁXIMA DE INGRESO	: Hasta el día que cumple «XX» años de edad
EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA	: Hasta el día que cumple «XX» años de edad
DOMICILIO CONTRACTUAL	
a) Dirección Electrónica	: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»
b) Dirección Física	: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»
Se deja expresa constancia que el Contratante autoriza a Pacífico Seguros a notificarle cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá su domicilio contractual. En caso no haya señalado una dirección electrónica, la referida comunicación deberá realizarse por escrito a la dirección física del Contratante. Asimismo, el Contratante se compromete a informar por escrito cualquier variación del domicilio contractual con, por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las notificaciones enviadas a la dirección electrónica o física original. Todas las comunicaciones entre las partes relacionadas al presente seguro deberán ser puestas en conocimiento del Beneficiario.	

4. PRIMA									
TASA MENSUAL	: «X.XXX»% sobre el Saldo Deudor								
FORMA DE PAGO	: Conforme al pago de las cuotas del Crédito.								
LUGAR DE PAGO:	: Oficinas de la Entidad Financiera Comercializadora.								
FECHA DE VENCIMIENTO DE PAGO	: Según las fechas de pago del Crédito.								
FRECUENCIA DE PAGO	: Mensual								
La tasa indicada no incluye el IGV. Las pólizas de vida están inafectas al IGV cuando el comprobante de pago es emitido a una persona natural residente en el Perú. La prima incluye la comisión (o cargos por la comercialización) que se indica en el acápite 2 de las presentes Condiciones Particulares El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares.									
5. BENEFICIARIO									
El beneficiario de las coberturas otorgadas en virtud de la presente póliza es el «Nombre de la Entidad Financiera».									
6. SUMAS ASEGURADAS Y COBERTURAS									
SUMA ASEGURADA	: Saldo deudor del Crédito (capital concedido o reprogramado, intereses compensatorios, moratorios, comisiones y primas no cobradas) a la fecha del siniestro, hasta el límite máximo por Asegurado especificado para cada cobertura.								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>COBERTURAS</th> <th>LÍMITE MÁXIMO DE CAPITAL ASEGURADO POR PERSONA (*)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vida (Muerte Natural o Accidental)</td> <td>S/. 100,000</td> </tr> <tr> <td>Invalidez Total y Permanente por Accidente</td> <td>S/. 100,000</td> </tr> <tr> <td>Invalidez Total y Permanente por Enfermedad</td> <td>S/. 100,000</td> </tr> </tbody> </table>		COBERTURAS	LÍMITE MÁXIMO DE CAPITAL ASEGURADO POR PERSONA (*)	Vida (Muerte Natural o Accidental)	S/. 100,000	Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/. 100,000	Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	S/. 100,000
COBERTURAS	LÍMITE MÁXIMO DE CAPITAL ASEGURADO POR PERSONA (*)								
Vida (Muerte Natural o Accidental)	S/. 100,000								
Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/. 100,000								
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	S/. 100,000								
(*) Límite aplicable a todos los créditos asegurados o reprogramados.									

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, denominada en adelante "LA COMPAÑÍA", con R.U.C. N° 20332970411, con domicilio en Av. Juan de Arona 830, Lima, teléfono 518-4500 y fax 212-1700, emite la presente póliza de conformidad con las estipulaciones contenidas en las Condiciones Particulares y Generales de la misma.

Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado a través del Comercializador (Entidad Financiera) sobre aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiesen dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el Asegurado al Comercializador, se consideran abonados a LA COMPAÑÍA.

Se deja expresa constancia que el presente seguro 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.

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 del XXXXX de XXXX.

FUNCIONARIO

FUNCIONARIO

CONTRATANTE