

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL  
ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE  
“RENTA ESTUDIANTIL”**

CONDICIONES PARTICULARES													
<b>1. DATOS DE LA PÓLIZA:</b>													
TIPO DE PÓLIZA	: Seguro de Vida en Grupo Temporal.												
CODIGO REGISTRO SBS	: VI2007200123; adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias												
N° DE PÓLIZA	: «XXXXXXXXXX»												
MONEDA DEL CONTRATO	: «XXXXXXXXXX»												
PLAZO DE CONTRATACIÓN	: Anual, 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»												
<p>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.</p>													
<b>2. INFORMACION DEL CONTRATANTE (INSTITUCIÓN EDUCATIVA), ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS:</b>													
CONTRATANTE	: «XXXX»												
N° RUC	: «XXXX»												
DIRECCIÓN FÍSICA	: «XXXX»												
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA	: «XXXX»												
ASEGURADOS	: Padres o Tutores de los alumnos del Contratante que hayan solicitado su afiliación al presente seguro y que se encuentren dentro de los siguientes límites de edad:												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">Edad Máxima de</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Ingreso</th> <th>Permanencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Padres</b></td> <td style="text-align: center;">«XX»</td> <td style="text-align: center;">«XX»</td> </tr> <tr> <td><b>Tutores</b></td> <td style="text-align: center;">«XX»</td> <td style="text-align: center;">«XX»</td> </tr> </tbody> </table>		Edad Máxima de			Ingreso	Permanencia	<b>Padres</b>	«XX»	«XX»	<b>Tutores</b>	«XX»	«XX»
	Edad Máxima de												
	Ingreso	Permanencia											
<b>Padres</b>	«XX»	«XX»											
<b>Tutores</b>	«XX»	«XX»											
	<p>La información específica de cada Asegurado se detalla en las respectivas Solicitudes de Seguro.</p>												
BENEFICIARIO	: La póliza se toma en beneficio del alumno indicado en la solicitud de afiliación al seguro; sin embargo, la Suma Asegurada será pagada directamente a la Institución Educativa (Contratante).												
<b>3. PRIMA COLECTIVA:</b>													
<p>Suma de las primas individuales que se indican. El Contratante se obliga a entregar a la Compañía la suma de las primas individuales recibidas.</p>													
<b>4. PRIMA COMERCIAL (INDIVIDUAL):</b>													
PRIMA COMERCIAL	: « <b>Moneda</b> »«XX.XX».												
PRIMA COMERCIAL + IGV i	: « <b>Moneda</b> »«XX.XX».												
	<p>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 6 de las presentes Condiciones Particulares.</p> <p><b>Este seguro no contempla deducibles, franquicias, copagos o conceptos similares a cargo de los Asegurados; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 5 del presente documento.</b></p>												
FRECUENCIA DE PAGO	: Anual												
FORMA DE PAGO	: «XXXXXXXXXXXXXXXXXX»												

LUGAR DE PAGO : «XXXXXXXXXXXXXXXXXX»  
OPORTUNIDAD DE PAGO : «XXXXXXXXXXXXXXXXXX»

## 5. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Cobertura Principal	Suma Asegurada
Vida (Muerte Natural o Accidental)	Pensión Mensual Asegurada de « <b>Moneda</b> » «XXXX.XX» La Suma Asegurada se establece sobre la base del periodo de educación que le falte completar al alumno en la Institución Educativa (Contratante) a la fecha del siniestro, siendo el beneficio por cada año de estudio de «XX» pensiones mensuales asegurables más «XX» pensión mensual adicional por concepto de matrícula. Las pensiones mensuales aseguradas serán pagadas directamente al Contratante en <u>forma anual adelantada</u> , previa presentación de la constancia de matrícula del alumno en la misma institución educativa.
Coberturas Adicionales	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad (*)	

(\*) La cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad cuenta con un Periodo de Carencia de «XX» meses a partir del inicio de la cobertura.

## 6. COMERCIALIZACIÓN / INTERMEDIACIÓN:

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

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

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, denominada en adelante la Compañía; con R.U.C. N° 20332970411; con dirección física en Av. Juan de Arona 830, piso 5; con dirección electrónica en [servicioalcliente@pacificovida.com.pe](mailto:servicioalcliente@pacificovida.com.pe); con teléfono 513-5000 (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.

Toda declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable de circunstancias relevantes conocidas por el el Asegurado, determina la nulidad del seguro 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