

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL ANUAL RENOVABLE PARA EX TRABAJADORES
“VIDA LEY EX – TRABAJADORES”**

CONDICIONES PARTICULARES

1. DATOS DE LA PÓLIZA:	
PÓLIZA °	XXXXXXX
TIPO DE POLIZA	Vida Ley ex trabajadores (Decreto Legislativo N° 688)
CÓDIGO REGISTRO SBS	XXXXXXXXXX, producto adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.
MONEDA DEL CONTRATO	XXXXXXXXXX
FECHA DE EMISIÓN	XXXXXXXXXX
VIGENCIA	De las 00:00 horas del día XX/XX/XXXX a las 00:00 horas del día XX/XX/XX. Esta póliza podrá renovarse por periodos anuales iguales, en forma sucesiva, en tanto el Asegurado cumpla con pagar la prima correspondiente, dentro del plazo establecido por la Compañía.
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. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE/ASEGURADO Y BENEFICIARIOS:		
CONTRATANTE/ASEGURADO:		XXXXXXXXXX
TIPO Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		XXXXXXXXXX
DOMICILIO CONTRACTURAL	DIRECCIÓN FÍSICA:	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
BENEFICIARIOS:		XXXXXXXXXXXXXXXXXX El Asegurado debe presentar una declaración jurada con firma legalizada notarialmente, o por juez de paz a falta de este último, con la relación de sus beneficiarios y sus respectivos domicilios, con estricta observancia del orden establecido en el Decreto legislativo N° 688 y sus modificatorias. Cualquier designación distinta se tendrá por no puesta.

3. COBERTURAS:		
BENEFICIO	SUMA ASEGURADA(*)	MONTO DE SUMA ASEGURADA
Muerte Natural	16 REMUNERACIONES MENSUALES ASEGURABLES	<<00000.00>>
Muerte Accidental	32 REMUNERACIONES MENSUALES ASEGURABLES	<<00000.00>>
Invalidez Total y Permanente por Accidente en los términos definidos en la póliza	32 REMUNERACIONES MENSUALES ASEGURABLES	<<00000.00>>

REMUNERACIÓN MENSUAL ASEGURABLE:	<<00000.00>>
---	--------------

4. PRIMA COMERCIAL (del primer año):	
BASE DE CALCULO:	Remuneración Mensual Asegurable
TASA ANUAL:	XXXXXXX
MONTO DE PRIMA COMERCIAL ANUAL:	XXXXXXX
FRECUENCIA DE PAGO (periodicidad elegida en la solicitud):	MENSUAL/ TRIMESTRAL/ SEMESTRAL/ ANUAL La tasa de fraccionamiento de primas para frecuencias distintas a la anual es XX.XX%.
MONTO DE PRIMA MENSUAL/ TRIMESTRAL/ SEMESTRAL/ ANUAL (*) (**) (***):	XXXXX
FORMA DE PAGO DE PRIMA:	XXXXXXX
LUGAR DE PAGO:	XXXXXXX

(*) Las primas no incluyen el IGV. Actualmente, las pólizas de vida están inafectas del IGV cuando el comprobante de pago es emitido a una persona natural residente en el Perú.

(**) El presente producto no contempla cargos o comisiones por intermediación de corredores, promotores o comercializadores.

Esta póliza no contempla deducibles, franquicias ni coaseguros.

PACIFICO NO AUTORIZA A SU PERSONAL A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO EN FORMA PERSONAL. En este sentido, no se hace responsable por cualquier monto entregado al Asesor o a cualquier funcionario, pese a conocer esta prohibición.

Póliza de vida individual "Vida Ley Ex Trabajadores" emitida por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, con R.U.C. N° 20332970411, con domicilio en Av. Juan de Arona 830, Piso 5, San Isidro, teléfono 518-4500.

FUNCIONARIO

FUNCIONARIO

CONTRATANTE

IMPORTANTE: El presente documento deberá ser devuelto a la Compañía firmado por el Contratante. El incumplimiento de esta obligación no significará, por sí sola, la resolución del contrato ni la anulación de la póliza.