

CONDICIONES PARTICULARES

SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD – SOLES Y DÓLARES

Póliza Nro. XXXX

CÓDIGO de REGISTRO SBS N° RG0445700076

CONTRATANTE:

Nombre o Razón Social: RUC:		
Dirección: Distrito: Teléfono	Provincia: Fax	Departamento : Correo electrónico:

ASEGURADO:

Los datos de cada ASEGURADO constan en su respectiva Solicitud y Certificado de Seguro.

BENEFICIARIO:

El(os) beneficiario(s) de esta Póliza, se señalarán en la respectiva Solicitud y en el Certificado de Seguro.

COBERTURAS: Las coberturas básicas que tiene este seguro dependerán de si se trata de un Trabajador Dependiente o Independiente, correspondiendo la cobertura de Desempleo Involuntario únicamente para los Trabajadores Dependientes y la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente y/o Enfermedad a los Trabajadores Independientes en los términos

COBERTURA	ASEGURADO	CONDICIONES Y DEDUCIBLES	SUMA ASEGURADA Hasta
Desempleo involuntario	Trabajador Dependiente	<u>Periodo de carencia:</u> XX XXX a partir de la fecha de emisión de la Póliza.	XXX
		<u>Deducibles:</u> XX (XXX)	
		<u>Antigüedad laboral mínima</u> (en el mismo centro de trabajo): XX (XXX) <u>Número de eventos al año:</u> <u>Monto máximo por evento:</u>	
		<u>Rango de edad:</u> entre XX y XX años, con un límite de permanencia hasta XX años, siempre que continúe trabajando.	
		<u>Periodo activo mínimo:</u> No se podrá efectuar ninguna reclamación por desempleo involuntario durante un periodo de XX (XXX) que siga a una reclamación anterior.	

Incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad	Trabajador Independiente	<u>Periodo de carencia:</u> XX (XXX) a partir de la fecha de emisión de la Póliza.	XXX
		<u>Deducible:</u> XX (XXX)	
		<u>Número de eventos al año:</u>	
		<u>Monto máximo por evento</u>	
		<u>Antigüedad como independiente :</u> XX (XXX)	
		<u>Rango de edad:</u> entre XX y XX años, con un límite de permanencia hasta XX años.	
		<u>Periodo activo mínimo:</u> No se podrá efectuar ninguna reclamación por incapacidad temporal durante un periodo de XX (XXX) que siga a una reclamación anterior.	

El cuadro señalado a continuación aplica para los casos en los cuales la COMPAÑÍA paga la indemnización cubriendo cuotas de obligaciones pendientes del ASEGURADO:

COBERTURA	Monto de cuota	N de Cuotas pendientes	Otros Datos	Prima Comercial	Prima Comercial + IGVy
DESEMPLEO INVOLUNTARIO	XXXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD	XXXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

MONEDA: XXXXXXXXXXXX

LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA: XXXX

VIGENCIA DEL SEGURO: XXXX

RENOVACION: XXXX

INICIO DE LA COBERTURA PARA EL ASEGURADO: Vencido el plazo de carencia.

FECHA DE TÉRMINO DE LA COBERTURA: XXX o la fecha en la que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

IMPORTANTE

- Las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO al CONTRATANTE, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a Pacífico Seguros Generales, en adelante "La COMPAÑÍA". Asimismo, los pagos efectuados por el ASEGURADO al CONTRATANTE, se consideran abonados a la COMPAÑÍA.
- LA COMPAÑÍA es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas por el CONTRATANTE en la póliza N° XXXXX.
- En ese sentido, LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el CONTRATANTE, sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la póliza de seguro a LA COMPAÑÍA y/o CONTRATANTE, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.

La información contenida en este certificado es a título parcial, todos los términos y condiciones de este seguro se encuentran definidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales, de ser el caso.

Relación de cláusulas adicionales: (De existir coberturas opcionales)

La prima comercial señalada incluye lo siguiente:

Cargos por la contratación de comercializadores: XXXX (si fuera el caso)

No aplica bonificaciones o premios para los comercializadores.

Medios de Comunicación pactados: Escritos (correo electrónico ó comunicaciones enviadas al domicilio físico) y telefónicas, salvo que la norma legal establezca algún tipo específico de comunicación.

Existencia de dos pólizas

Si existen dos pólizas sobre el mismo riesgo es aplicable el artículo 90° de la Ley 29946

XXXXXX

DATOS DE LA COMPANÍA DE SEGUROS

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros. RUC 20332970411. Dirección Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima. Teléfono: 01 518-4000 Fax: 01 518-4245, 01 518 4299. Web: www.pacifico.com.pe

Para información adicional de las condiciones puedes comunicarte al 513-5000.

FECHA DE EMISION: Lima, DD de MMMMM AAAA

PACIFICO SEGUROS