

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL
“Desgravamen Individual 3”

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	: «XXXXXXX»
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 anterior a la fecha en la cual el Asegurado cumple la Edad Máxima de Permanencia, según el rango de edad indicado en el acápite 6 de las presentes Condiciones Particulares.
<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>	
2. COMERCIALIZADOR (ENTIDAD FINANCIERA)	
DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL	: «XXXXXXXXXXXX»
R.U.C N°	: «XXXXXXXXXXXX»
COMISIÓN	: «XX.XX» <p>La comisión del comercializador o intermediario está incluida en la prima comercial y se calcula sin considerar el factor de gestión. Además, aplica un XX% por concepto de fondo comercial durante el periodo en el cual la prima del seguro es equivalente al XX% del saldo deudor insoluto. El fondo comercial está incluido en la prima.</p>
3. CONTRATANTE / ASEGURADO	
NOMBRES Y APELLIDOS	: «XX»
TIPO Y N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	: «XXX»«XXXXXXXXXXXX»
RANGO DE EDAD	: «XX»
DOMICILIO CONTRACTUAL	
a) Dirección Electrónica	: «XX»
b) Dirección Física	: «XX»
<p>Se deja expresa constancia que el Contratante autoriza a Pacifico 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.</p>	

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 COMERCIAL

TASA MENSUAL	:	<ul style="list-style-type: none">• «X.XXX»% sobre el Saldo Deudor «insoluto / promedio diario», para los Asegurados con edad de ingreso hasta los XX años y 364 días.• «X.XXX»% sobre el Saldo Deudor «insoluto / promedio diario», para los Asegurados con edad de ingreso desde los XX años y 364 días.
FORMA DE PAGO	:	Conforme al pago de las cuotas del Crédito Asociado.
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 (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; salvo por los expresamente indicados en el acápite 6 de las Condiciones Particulares.**

5. BENEFICIARIO

El beneficiario de la(s) cobertura(s) otorgada(s) en virtud de la presente póliza es el «*Nombre de la Entidad Financiera*».

6. SUMA ASEGURADA Y COBERTURA(S)

SUMA ASEGURADA	:	Saldo deudor del Crédito (capital concedido, reprogramaciones, intereses compensatorios, moratorios, comisiones y primas no cobradas) a la fecha del siniestro, hasta el límite máximo por Asegurado especificado para cada cobertura, según el rango de edad que se indica..
----------------	---	---

Rango de Edad		Sumas Aseguradas Máximas (*)		
Edad de Ingreso	Edad de Permanencia	Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Invalidez Total y Permanente por Accidente	Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
Hasta los XX años y 364 días	XX y 364 días	«Mon»«XXX,XXX.XX»	«Mon»«XXX,XXX.XX»	«Mon»«XXX,XXX.XX»
Desde los XX años y 364 días	Sin límite	«Mon»«X,XXX.XX»	No aplica	No aplica

(*) Límite aplicable a todos los créditos asegurados.

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 (canales de atención pactado), 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