

CONDICIONES PARTICULARES

1. DATOS DE LA PÓLIZA:

TIPO DE PÓLIZA : Seguro de Vida en Grupo Temporal.
 CODIGO REGISTRO SBS : «XXXXXXXXXX»; 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»

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. INFORMACION DEL CONTRATANTE (COMERCIALIZADOR), ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS:

CONTRATANTE : «XXXX»
 N° RUC : «XXXX»
 DIRECCIÓN FÍSICA : «XXXX»
 DIRECCIÓN ELECTRÓNICA : «XXXX»
 ASEGURADOS : Personas naturales poseedores de una tarjeta de crédito emitida o administrada por el Contratante, que se encuentren dentro de los siguientes límites de edad:

Edad Máxima de	
Ingreso	Permanencia
«XX»	«XX»
«XX»	«XX»

La información específica de cada Asegurado se detalla en las respectivas Solicitudes de Seguro.

BENEFICIARIO : Personas naturales mayores de edad designadas por cada Asegurado en su solicitud de afiliación. La información específica de cada beneficiario se detalla en las respectivas solicitudes. A falta de información específica, se considerará como domicilio y teléfono de los beneficiarios los últimos declarados por el Asegurado.
 En caso de no designarse beneficiarios, se tendrá como tales a los herederos del Asegurado, conforme con lo previsto en las Condiciones Generales.

3. PRIMA COLECTIVA:

Suma de las primas individuales que se indican.
 El Contratante se obliga a entregar a la Compañía la suma de las primas individuales recibidas.

4. PRIMA COMERCIAL (INDIVIDUAL):

	Plan A	Plan B
PRIMA COMERCIAL	: «Moneda»«XX.XX».	: «Moneda»«XX.XX».
PRIMA COMERCIAL + IGV i	: «Moneda»«XX.XX».	: «Moneda»«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>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.</p>		
FRECUENCIA DE PAGO	: Anual	
FORMA DE PAGO	: «XXXXXXXXXXXXXXXXXX», la TCEA para frecuencias de pago distintas a la anual es de «XX.XX»%.	
LUGAR DE PAGO	: «XXXXXXXXXXXXXXXXXX»	
OPORTUNIDAD DE PAGO	: «XXXXXXXXXXXXXXXXXX»	

5. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Cobertura Principal	Suma Asegurada
Vida (Muerte Natural o Accidental)	<p>Pensión Escolar Mensual según Anexo 1.</p> <p>La Suma Asegurada se establece sobre la base del periodo de educación que le falte completar al alumno favorecido; es decir, la Pensión Escolar Mensual según el plan elegido multiplicada por el periodo que, al momento del siniestro cubierto, le(s) falte(n) a el(los) alumno(s) favorecido(s) para la culminación regular de sus estudios. El pago de la suma asegurada se realizará en cuotas anuales según lo indicado en las Condiciones Generales.</p>
Coberturas Adicionales	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	<p>En caso de muerte accidental, se extenderá el beneficio de pensión escolar mensual luego de la culminación de estudios escolares y hasta un máximo de cinco (5) años adicionales, siempre que el alumno beneficiario acredite su ingreso y permanencia en una institución de educación superior. El pago de la referida extensión se realizará en cuotas anuales según lo indicado en las Condiciones Generales.</p>
Hospitalización	La suma asegurada será equivalente a la pensión escolar mensual del plan elegido por el Asegurado, por cada alumno favorecido, hasta un periodo máximo de tres (3) meses por año póliza.
Desamparo Familiar Súbito	«Moneda»«XXXXX.XX»

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.

La Compañía es responsable frente al Asegurado por la cobertura contratada, así como por todos los errores u omisiones en que incurra el Contratante con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado mediante Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Asegurado o sus beneficiarios al Contratante con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

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; con teléfono 513-5000; 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 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

**ANEXO N°1
CUADRO DE BENEFICIOS**

Coberturas	Beneficios	Suma Asegurada		Beneficio Máximo Mensual	
		Plan A	Plan B	Plan A	Plan B
Muerte Natural	Pensión Escolar Mensual	«XXXX.XX»	«XXXX.XX»	«XXXX.XX»	«XXXX.XX»
Muerte Accidental	Pensión Escolar Mensual y Extensión de Pensión Escolar	«XXXX.XX»	«XXXX.XX»	«XXXX.XX»	«XXXX.XX»
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Pensión Escolar Mensual	«XXXX.XX»	«XXXX.XX»	«XXXX.XX»	«XXXX.XX»
Hospitalización	Pensión Escolar Mensual mientras dure la hospitalización y hasta un máximo de tres meses por año póliza.	«XXXX.XX»	«XXXX.XX»	«XXXX.XX»	«XXXX.XX»
Desamparo Familiar Súbito	Monto predeterminado	«XXXXXX.XX»	«XXXXXX.XX»		

En caso de varios alumnos favorecidos, el máximo compromiso de la Compañía como Pensión Escolar Mensual por todos ellos será el monto consignado como Beneficio Máximo Mensual, según el plan que corresponda.