

**PÓLIZA DE SEGURO EN GRUPO  
TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE  
"Adulto Seguro"**

## CONDICIONES PARTICULARES

**1. DATOS DE LA POLIZA:**

TIPO DE PÓLIZA	: Seguro de Accidentes Personales en Grupo Anual Renovable Automáticamente
CODIGO REGISTRO SBS	: XXXXXXXXXXXXX; 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, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS:

CONTRATANTE	:	«XXXX»
N° RUC	:	«XXXX»
DIRECCION FÍSICA	:	«XXXX»
DIRECCION ELECTRÓNICA	:	«XXXX»
ASEGURADOS	:	«XX»
		La información específica de cada Asegurado se detalla en las respectivas solicitudes, certificados de seguro y solicitudes-certificado.
BENEFICIARIOS	:	Los designados por el Asegurado o en su defecto los herederos instituidos de acuerdo a ley. La información específica de cada Asegurado se detalla en las respectivas solicitudes, certificados de seguro y solicitudes-certificado.

### 3. PRIMA COMERCIAL:

MONTO DE LA PRIMA	:	«XXXX»
FRECUENCIA DE PAGO	:	«XXXX»
FORMA DE PAGO	:	«XXXX»
LUGAR DE PAGO	:	«XXXX»
OPORTUNIDAD DE PAGO	:	«XXXX»

#### 4. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

COBERTURA BÁSICA	SUMA ASEGURADA	NÚMERO MÁXIMO DE DÍAS O EVENTOS POR AÑO (*)
Muerte Accidental	«Mon»«XX,XXX»	No aplica
COBERTURAS ADICIONALES		
Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad	«Mon»«XX,XXX» por día	«XX» días
Fractura ósea por Accidente	«Mon»«XX,XXX» por evento	«XX» eventos

(\*) El año se contabiliza desde el día en el cual se incorpora el Asegurado al presente seguro.

**5. COMERCIALIZADOR O INTERMEDIARIO:**

NOMBRE : «XXXXXXXXXX»

REGISTRO  
COMISIÓN

: «XXXXXXXXXX»

: «XXXXXXXXXX»

La comisión del comercializador o 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 Comercializador o 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 la Av. Juan de Arona 830, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima; con dirección electrónica en «XXXXXXXXXXXXXX»; con teléfono «XXX-XXXX» (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.

**La presente póliza no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares.**

**Toda omisión, simulación, o falsedad en las declaraciones que haga el Asegurado y/o Contratante en la Solicitud respectiva y que obedezcan a dolo o culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato y, en consecuencia, toda obligación de la Compañía, de acuerdo al artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro – Ley N° 29946.**

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