

**CONDICIONES PARTICULARES**

**SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD**

**Póliza Nro. XXXX**

CÓDIGO de REGISTRO SBS N° RG0445700076 Adecuado a la Ley 29946 y sus Normas Reglamentarias

**CONTRATANTE:**

<b>Nombre o Razón Social:</b>		
<b>RUC:</b>		
<b>Dirección:</b>		
<b>Distrito:</b>	<b>Provincia:</b>	<b>Departamento :</b>
<b>Teléfono</b>	<b>Fax</b>	<b>Correo electrónico:</b>

**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 S/ XXXX o US\$XXXX dependiendo de la moneda del crédito
Desempleo involuntario	Trabajador Dependiente	Periodo de carencia: XXXX días a partir de la fecha de inicio de la vigencia. <u>Deducibles:</u> XXXX cuota inmediata	Hasta XX (XXX) cuotas en la vigencia de la póliza de acuerdo al cronograma inicial de pago. Con un límite de XX (XXX) cuotas por evento y XX eventos por centro de trabajo.  Se pagarán al beneficiario XX (XXX) cuotas de
		<u>Antigüedad laboral mínima:</u> En el mismo centro de trabajo. • Para plazo indefinido: XXXX meses consecutivos • Para contrato fijo: XXXX meses consecutivos. Asimismo, el Asegurado debe acreditar al menos xx renovación por un plazo igual o mayor al contrato inmediato anterior celebrado con el mismo empleador.	
		<u>Rango de edad:</u> entre XX y XX años, con un límite de permanencia hasta XX años, siempre que continúe trabajando.	



		No podrá efectuar ninguna reclamación por desempleo involuntario durante un periodo de XX (XXX) meses posteriores a la fecha de una reclamación anterior.	una sola vez y luego una a una en tanto el asegurado se encuentre desempleado o incapacitado por enfermedad o accidente temporal.
Incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad	Trabajador Independiente	<u>Periodo de carencia:</u> XX (XXX) días a partir de la fecha de emisión de la Póliza.	
		<u>Deducible:</u> XX (XXX) cuota inmediata	
		<u>Antigüedad como independiente :</u> XX (XXX) meses	
		<u>Rango de edad:</u> entre XX y XX años, con un límite de permanencia hasta XX años.	
		No podrá efectuar ninguna reclamación por desempleo involuntario durante un periodo de XX (XXX) meses posteriores a la fecha de 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

**PRIMA Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:** XXXX del monto de crédito desembolsado, incluido IGv.

**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 Pacifico 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 COMPAÑÍA  
 JUAN MESA

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

**FECHA DE EMISION:** Lima, DD de MMMMM AAAA

**PACIFICO SEGUROS**

  
**JUAN ANDRÉS MESA**  
Gerente  
División de Riesgos Generales

**PACIFICO SEGUROS GENERALES**