

**CONDICIONES PARTICULARES**

**SEGURO DE DESEMPLERO 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>Provincia:</b>	<b>Departamento :</b>	
<b>Distrito:</b>	<b>Fax</b>	<b>Correo electrónico:</b>	
<b>Teléfono</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	<p><u>Periodo de carencia:</u> XXXX días a partir de la fecha de inicio de la vigencia.</p> <p><u>Deduccibles:</u> XXXX cuota inmediata</p> <p><u>Antigüedad laboral mínima:</u> En el mismo centro de trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para plazo indefinido: XXXX meses consecutivos</li> <li>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.</li> </ul> <p><u>Rango de edad:</u> entre XX y XX años, con un límite de permanencia hasta XX años, siempre que continúe trabajando.</p>	<p>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.</p> <p>Se pagarán al beneficiario XX (XXX) cuotas de</p>

		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	Periodo de carencia: XX (XXX) días a partir de la fecha de emisión de la Póliza.	
		<u>Deductible</u> : XX (XXX) cuota inmediata	
		Antigüedad como independiente : XX (XXX) meses	
		Rango de edad: 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
DESEMPLERO INVOLUNTARIO	XXXXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD	XXXXXX	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 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.

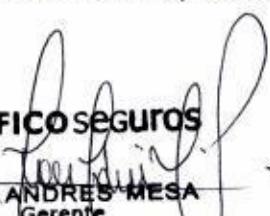
**Medios de Comunicación pactados:** Escritos (correo electrónico ó comunicaciones enviadas al domicilio físico) y telefónicas, salvo que la norma legal establezca algún tipo específico de comunicación.

**Existencia de dos pólizas**

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

XXXXXX

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

  
**PACIFICO SEGUROS**  
JUAN ANDRES MESA  
Gerente  
División de Riesgos Generales  

---

**PACIFICO SEGUROS GENERALES**

