

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO  
TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE  
PARATI FAMILIA – CARGO EN CUENTA**

<b>CONDICIONES PARTICULARES</b>	
<b>1. DATOS DE LA POLIZA:</b>	
TIPO DE PÓLIZA	: Seguro de Vida en Grupo Temporal Renovable Automáticamente
CODIGO REGISTRO SBS	: VI2007200115; adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
N° DE POLIZA	: «XXXXXXXXXX»
MONEDA DEL CONTRATO	: «XXXXXXXXXX»
PLAZO DE CONTRATACION	: 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»
<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>	
<b>2. INFORMACION DEL CONTRATANTE, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS:</b>	
CONTRATANTE	: «XXXX»
N° RUC	: «XXXX»
DIRECCION FÍSICA	: «XXXX»
DIRECCION ELECTRÓNICA	: «XXXX»
ASEGURADOS	<p><u>Asegurados Titulares:</u> Trabajadores del Contratante, que no superen los XX años de edad (Edad Máxima de Ingreso); que han solicitado su incorporación al seguro y a quienes se ha emitido un Certificado de Seguro. Podrán permanecer bajo la cobertura de esta póliza hasta los XX años de edad (Edad Máxima de Permanencia). Asimismo podrán permanecer como Asegurados de esta póliza los ex trabajadores de la empresa XXX que se incorporaron a la póliza como trabajadores de la misma y que cumplan los límites de edad antes indicados.</p> <p><u>Asegurados Adicionales:</u> De optarse por un Plan Familiar, también podrán asegurarse el cónyuge e hijos del Asegurado Titular, de acuerdo a lo establecido en la respectiva Cláusula Adicional.</p> <p>La información específica de cada Asegurado se detalla en las respectivas solicitudes de incorporación.</p>
BENEFICIARIOS	: Los designados por el Asegurado en la Solicitud de Incorporación, o en su defecto los herederos instituidos de acuerdo a ley.
<b>3. PRIMA COLECTIVA:</b>	
Suma de las primas individuales que se indican.	
<b>4. PRIMA COMERCIAL (INDIVIDUAL):</b>	
MONTO DE LA PRIMA	: Según el plan elegido por el Contratante de conformidad con lo indicado en el Anexo I de las presentes Condiciones Particulares.
FRECUENCIA DE PAGO	: Mensual, la TCEA es «XX.XX»%.
FORMA DE PAGO	: Cargo en Cuenta
LUGAR DE PAGO	: Virtual (pago electrónico)
OPORTUNIDAD DE PAGO	: El pago de las primas vence el último día hábil del mes de cobertura correspondiente.

**5. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:**

Dependen del plan elegido por cada Asegurado Titular, según el detalle especificado en el Anexo I de las presentes Condiciones Particulares.

**6. COMERCIALIZADOR O INTERMEDIARIO:**

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.

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](mailto:servicioalcliente@pacificovida.com.pe); con teléfono 513-5000 (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.

**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.

La presente póliza no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo por aquellos expresamente indicados en el Cuadro de Coberturas del acápite 5 de las presentes Condiciones Particulares.

Toda declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable de circunstancias relevantes conocidas por el 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 I

### COBERTURAS DEL PROGRAMA:

Este seguro cubrirá a los trabajadores asegurados bajo esta póliza (así como a los cónyuges e hijos, en caso se hubiera contratado un Plan Familiar), según el paquete y el plan elegidos en la solicitud de incorporación al seguro y aceptados por la Compañía, de acuerdo con los términos establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Cláusulas Adicionales, de ser el caso. Los paquetes y planes disponibles son:

01. PAQUETE DE COBERTURAS BÁSICAS (En soles)											
COBERTURAS BÁSICAS	PLAN INDIVIDUAL		PLAN FAMILIAR								
	Plan 1	Plan 2	Plan 1			Plan 2			Plan 3		
	Titular	Titular	Titular	Cónyuge	Hijo	Titular	Cónyuge	Hijo	Titular	Cónyuge	Hijo
Muerte Natural	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	-----	-----	«XXXX»	-----	-----	«XXXX»	-----	-----
Muerte Accidental	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	-----	«XXXX»	«XXXX»	-----	«XXXX»	«XXXX»	-----
Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	-----	«XXXX»	«XXXX»	-----	«XXXX»	«XXXX»	-----
Invalidez Accidental Total y Permanente	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»
Desamparo Familiar Súbito	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	-----	-----	«XXXX»	-----	-----	«XXXX»	-----	-----
Renta Familiar Mensual por Muerte Accidental (12 meses)	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	-----	«XXXX»	«XXXX»	-----	«XXXX»	«XXXX»	-----
Adelanto por Enfermedad Terminal	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	-----	-----	«XXXX»	-----	-----	«XXXX»	-----	-----
Gastos de Sepelio	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»
Incapacidad para el Trabajo	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»	-----	-----	«XXXX»	-----	-----	«XXXX»	-----	-----
<b>CUOTA MENSUAL BÁSICA DE LA PRIMA COMERCIAL</b>	«XX»	«XX»	«XX»			«XX»			«XX»		

  

02. PAQUETE OPCIONAL DE COBERTURAS ADICIONALES (En soles)				
COBERTURAS ADICIONALES		PLAN INDIVIDUAL	PLAN FAMILIAR	
		Titular	Titular	Cónyuge
Muerte Accidental Complementaria		«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»
Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente	Básica	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»
	UCI	«XXXX»	«XXXX»	«XXXX»
<b>CUOTA MENSUAL ADICIONAL DE LA PRIMA COMERCIAL</b>		«XX»	«XX»	

- Las primas no incluyen el IGV. Las pólizas de vida están inafectas del IGV cuando el comprobante de pago es emitido a una persona natural 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.
- Las coberturas Muerte Accidental y Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre son mutuamente excluyentes, por lo que el pago de alguna de ellas libera a la Compañía del pago de la otra. El beneficio de la cobertura de Adelanto por Enfermedad Terminal constituye pago a cuenta de los beneficios de las coberturas de Muerte Natural, Muerte Accidental o Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre. El beneficio de la cobertura de Invalidez Accidental Total y Permanente constituye pago a cuenta de los beneficios de las coberturas de Muerte Accidental o Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre si la invalidez cubierta y el fallecimiento del Asegurado son causados por el mismo accidente. Los beneficios de las coberturas del Paquete de Coberturas Adicionales se pagan independientemente de las coberturas del Paquete de Coberturas Básicas.