

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO “MONTO FIJO”  
TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE**

<b>CONDICIONES PARTICULARES</b>	
<b>1. DATOS DE LA PÓLIZA:</b>	
TIPO DE PÓLIZA	: Seguro de Vida en Grupo Temporal
CÓDIGO REGISTRO SBS	: VI2007210029 (Nuevos Soles) / VI2007220037 (Dólares Americanos); adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
N° DE PÓLIZA	: «XXXXXXXXXX»
MONEDA DEL CONTRATO	: «XXXXXXXXXX»
PLAZO DE CONTRATACIÓN	: Anual.
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», renovable anualmente.
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.	
<b>2. INFORMACION DEL CONTRATANTE, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS:</b>	
CONTRATANTE	: «XXXX»
N° RUC	: «XXXX»
DIRECCION FÍSICA	: «XXXX»
DIRECCION ELECTRÓNICA	: «XXXX»
ASEGURADOS	: Los trabajadores dependientes <u>activos</u> del Contratante que cumplan con los requisitos de suscripción exigidos por la Compañía de conformidad con el acápite 5 de las presentes Condiciones Particulares y que no superen los «XX» años de edad (Edad Máxima de Ingreso), pudiendo permanecer como asegurados hasta los «XX» años de edad (Edad Máxima de Permanencia). El Contratante deberá presentar mensualmente la declaración de planilla con los datos indicados en el Anexo 1 de cada Trabajador Asegurado.
BENEFICIARIOS	: Se considerarán como beneficiarios a las personas designadas como tales en la “Declaración de Beneficiarios” o, en su defecto, a los herederos legales del Asegurado que figuren en la Sucesión Intestada o en el Testamento en caso se hubiere otorgado. El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el o los Beneficiarios, siempre que exista interés asegurable.
<b>3. PRIMA COMERCIAL (PRIMA COLECTIVA):</b>	
MONTO:	: « <u>Moneda</u> »«XXX.XX» por cada Asegurado declarado conforme al Anexo 1, más IGV. El monto de la prima incluye la comisión (o cargos por la comercialización) que se indica en el acápite 6 de las presentes Condiciones Particulares, en caso corresponda.
FRECUENCIA DE PAGO	: «XXXXXXXXXX», La TCEA en caso la frecuencia sea distinta a la anual es de «XX.XX%».
FORMA DE PAGO	: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»
LUGAR DE PAGO	: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»
OPORTUNIDAD DE PAGO	: Último día hábil del primer mes del periodo de pago (frecuencia) elegida por el Contratante. La Compañía enviará la liquidación de prima dentro de los cinco (5) días siguientes de recibida la declaración de planilla. <b>La falta de presentación de la declaración de planilla constituye un incumplimiento en el pago de la prima.</b>

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234° y 1237° del Código Civil y según se indique en el acápite 1 de las presentes Condiciones Particulares. En caso de haberse contratado en moneda extranjera y el cliente opte por pagar la prima en Nuevos Soles, deberá utilizar el tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago.

#### 4. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

COBERTURAS		SUMA ASEGURADA (en «Moneda»)
<b>Cobertura Principal</b>	Vida Principal	«Moneda»«XX,XXX.XX»
<b>Coberturas Adicionales</b>	Muerte Accidental	«Moneda»«XX,XXX.XX»
	Invalidez Total y Permanente por Accidente	«Moneda»«XX,XXX.XX»

#### 5. REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN PARA LOS ASEGURADOS BAJO ESTA PÓLIZA

Hasta «X,XXX.X» de Suma Asegurada o «XX» años de edad : Declaración de Salud.  
Hasta «XX,XXX.X» de Suma Asegurada o «XX» años de edad : Examen Médico Tipo «XXXXXXXXXXXX»  
Más de «XX,XXX.X» de Suma Asegurada o «XX» años de edad : Examen Médico Tipo «XXXXXXXXXXXX» y «XXXXXXXXXXXX»

Los requisitos de suscripción deberán ser presentados por el Contratante de manera previa a la inclusión del Asegurado en el presente seguro o ante el cambio de requisitos por incremento de la remuneración de un Asegurado previamente declarado. **El inicio o continuación de la cobertura respecto del trabajador involucrado quedará suspendido hasta que el Contratante cumpla con presentar el requisito de suscripción correspondiente y la Compañía otorgue su conformidad al mismo por escrito. Ningún funcionario de la Compañía podrá exceptuar la realización de requisitos de Asegurabilidad.**

#### 6. 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.

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; 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.

**PACÍFICO 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, copagos o coaseguros, ni conceptos similares a cargo del Contratante y/o Asegurado.**

**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»

---

«Nombre del Funcionario 1»  
PACÍFICO SEGUROS

---

«Nombre del Funcionario 1»  
PACÍFICO SEGUROS

---

CONTRATANTE

**ANEXO 1**  
**FORMATO DE DECLARACIÓN DE PLANILLA MENSUAL**

<b>Nro.</b>	<b>APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS</b>	<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	<b>NACIONALIDAD</b>	<b>DOMICILIO</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						