

**CERTIFICADO DE SEGURO N° «XXXX»**  
**SEGURO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMATICAMENTE**  
**“SEGURO DE VIDA EN GRUPO PLANILLA”**  
Póliza N° «XXXXXXXX» (Código Registro SBS N° VI2007210030/ VI2007220038)

Fecha de Emisión: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_  
Fecha de Inicio de Vigencia: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., en adelante la “Compañía”, con RUC N° 20332970411, con dirección física en Av. Juan de Arona 830, piso 5, San Isidro, teléfono 518-4500, fax 518-4569 y dirección electrónica en [servicioalcliente@pacificovida.com.pe](mailto:servicioalcliente@pacificovida.com.pe), certifica que la persona indicada en el presente certificado se encuentra asegurada bajo la Póliza de Seguro de Vida en Grupo Planilla, bajo los siguientes términos y condiciones:

**1. DATOS DEL ASEGURADO:**

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		DNI ó C.E:	
Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:	
Teléfono:		Profesión/Ocupación:	
Domicilio Contractual:	Nombre de la Vía:		
	Distrito:	Provincia:	Departamento:
	Referencia:		
Relación con el Contratante:	Trabajador Dependiente Activo.		

Los Asegurados no deberán superar los 64 años de edad a la fecha de presentación de la solicitud de seguro, pudiendo permanecer como Asegurados sólo hasta cumplir los 65 años de edad. Si se comprobare que el Asegurado superaba los 64 años de edad al momento de ingresar al seguro, su cobertura quedará sin efecto, debiendo la Compañía devolver al Contratante el valor de las primas pagadas respecto de dicho asegurado, sin intereses, menos los gastos administrativos incurridos.

**2. DATOS DEL CONTRATANTE:**

Denominación o Razón Social:			
RUC:		Teléfono:	
Domicilio Contractual:	Dirección Electrónica:		
	Dirección Física:		

**3. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:**

Coberturas	Suma Asegurada
• Vida Principal	«XX» Remuneraciones Declaradas
• Muerte Accidental	«XX» Remuneraciones Declaradas
• Invalidez Total y Permanente por Accidente	«XX» Remuneraciones Declaradas

Las Sumas Aseguradas que deban ser pagadas por la Compañía se calcularán en función de la última remuneración mensual declarada por el Contratante a la Compañía para cada trabajador, según lo dispuesto en la tabla antes indicada. En caso de error en la declaración de las remuneraciones, se considerará lo efectivamente declarado por el Contratante.

**4. PRIMAS:**

Monto de la Prima (Incluye IGV):	«Moneda» «XXXX.XX»
Frecuencia de pago	«XXXXXXXXXXXXXXXX»
Lugar y forma de Pago:	La prima es pagada por el Contratante vía transferencia o depósito en la Cuenta Corriente N° «XXXXXXXXXXXX» del Banco «XXXXXXXXXXXX».

El pago de la prima vence el último día hábil del primer mes del periodo de pago (frecuencia) elegida por el Contratante. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguros por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. En todo caso, transcurridos noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido. **El Contratante, en su calidad de empleador, comunicará al Asegurado la suspensión, resolución o extinción de la cobertura por falta de pago de primas.**

**5. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO:**

Nombre de los Beneficiarios	DNI	Relación con el Asegurado	Porcentaje
«Nombre y Apellidos del Beneficiario 1»	«Nro. del DNI»	«Relación con el Asegurado»	«XX.XX»%
«Nombre y Apellidos del Beneficiario 2»	«Nro. del DNI»	«Relación con el Asegurado»	«XX.XX»%
«Nombre y Apellidos del Beneficiario 3»	«Nro. del DNI»	«Relación con el Asegurado»	«XX.XX»%

Designadas varias personas sin indicación de porcentajes, se entiende que la suma asegurada se repartirá en partes iguales. En caso alguno de los Beneficiarios falleciere con anterioridad al Asegurado, el porcentaje de la suma asegurada que le fue asignado se distribuirá entre los Beneficiarios restantes en forma proporcional a su participación. En defecto de la designación de Beneficiarios, se considerarán como Beneficiarios de las coberturas otorgadas 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. Para estos efectos, deberá remitir una comunicación escrita a la dirección de la Compañía consignada en el presente Certificado, adjuntando copia de su DNI.

Se considera como beneficiario de la cobertura adicional de "Invalidez Total y Permanente" al mismo Asegurado. En caso el Asegurado falleciere, se considerarán como Beneficiarios de la cobertura antes referida a los Beneficiarios de la cobertura de "Vida Principal"

## 6. INICIO Y FIN DE VIGENCIA:

- Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde las cero horas del día indicado como "Fecha de Inicio de Vigencia" en la parte inicial del presente Certificado. **El inicio de las coberturas de cada Asegurado está condicionado que la Compañía apruebe expresamente su inclusión al seguro mediante la emisión del presente Certificado.**
- Fin de Vigencia:** Las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se mantendrán vigentes en tanto se cumplan las siguientes condiciones: (i) la póliza se mantenga vigente; (ii) el Asegurado siga perteneciendo a la planilla del Contratante; (iii) el Contratante continúe incluyendo al Asegurado en su declaración de planillas; (iv) la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago; (v) el Asegurado no supere los 65 años de edad; y, (vi) no se produzcan los supuestos de terminación del seguro.

## 7. DEFINICIONES:

- ACCIDENTE.-** Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes, que puedan ser determinados de una manera cierta. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, accidente cerebro vascular, dolores de espalda crónicos, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**
- ENFERMEDAD O DOLENCIA PREEXISTENTE:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Contratante y/o el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.
- EXCLUSIONES.-** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia y que se encuentran expresamente indicadas en la póliza.
- VIDA PRINCIPAL.-** Fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la cobertura, sea en territorio nacional o internacional, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de esta cobertura.
- MUERTE ACCIDENTAL.-** Fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa e inmediata de un accidente, definido en los términos antes descritos y ocurrido durante la vigencia de la presente cobertura, siempre y cuando la causa de fallecimiento no se encuentre dentro de las exclusiones aplicables a esta cobertura. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de producido el accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa e inmediata de las lesiones originadas por un accidente. La suma a indemnizar por esta cobertura será pagada independientemente y sin causar efecto sobre el capital asegurado del seguro principal.
- INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.-** Únicamente se considera "Invalidez Total y Permanente" si, durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufriera algún accidente, definido en los términos antes descritos, que fuera la causa directa de alguna de las siguientes condiciones:
  - Pérdida total o pérdida funcional absoluta de la visión de ambos ojos;
  - Pérdida total o pérdida funcional absoluta de ambos brazos o ambas manos;
  - Pérdida total o pérdida funcional absoluta de ambas piernas o ambos pies;
  - Pérdida total o pérdida funcional absoluta de una mano y un pie.
  - Paraplejia o Cuadriplejia por fractura de la columna vertebral.

- f) Estado absoluto de descerebramiento ocasionado por accidente que no permita al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida. Se entiende por descerebramiento a la ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.

Esta cobertura no cubre situaciones de invalidez distintas a las mencionadas, aún cuando la misma pudiera afectar al Asegurado en más de los dos tercios de su capacidad de trabajo. El pago de la cobertura de invalidez excluye el pago de las coberturas de Vida Principal o Beneficio por Muerte Accidental, si el fallecimiento y la invalidez son consecuencia del mismo accidente.

## **8. EXCLUSIONES:**

La Compañía estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el fallecimiento de los asegurados ocurra en las siguientes circunstancias:

(a) Enfermedad o dolencia preexistente a la afiliación del Asegurado. (b) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que la afiliación a la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años. (c) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario. (d) Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o Asegurado. (e) Participación del Asegurado como sujeto activo en acto delictuoso o empresa criminal, o por aplicación legítima de la pena de muerte. (f) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra. (g) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. (h) La práctica o participación de los siguientes deportes peligrosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo y artes marciales; la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en los siguientes deportes de velocidad: carreras de automóviles, lanchas, motocicletas o carreras de caballo. (i) SIDA/VIH. (j) El uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes. (k) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos-litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su deceso. (l) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

Además de las exclusiones antes detalladas, para la cobertura de Beneficio de Muerte Accidental aplican las siguientes exclusiones:

(a) La práctica o el desempeño de oficios o profesiones relacionadas con: acrobacia, obrero de construcción, bombero, taxista, mototaxista, chofer de transporte público, transportista de líquidos inflamables, lubricantes o sustancias corrosivas, electricista de alta tensión, operador de grúas, personal de seguridad, minero, trabajo en plataformas petrolíferas, trabajo en altura y pirotécnicos. (b) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos y anestésicos. (c) El denominado "Accidente Cerebro Vascular" y los denominados "Accidentes Médicos", los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos. (d) Contaminación radioactiva o fisión y fusión nuclear. (e) Consecuencias no accidentales de embarazos o partos. (f) Consecuencia de enfermedades de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa. (g) Suicidio.

Adicionalmente se excluye la Invalidez Total y Permanente del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

(a) Enfermedad o dolencia preexistente y enfermedad congénita. (b) Daños autoinfligidos. (c) El denominado "Accidente Cerebro Vascular" y los denominados "Accidentes Médicos", los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.

## **9. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA (o causales de resolución del contrato de seguro):**

El seguro se resolverá por solicitud escrita del Contratante o por falta de pago de primas y se extinguirá al finalizar el periodo de vigencia anual de la póliza o de sus renovaciones en caso cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla. Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados afiliados a la misma.

Adicionalmente, este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado en los siguientes supuestos: (i) Por ejercicio del derecho de arrepentimiento; (ii) Por solicitud de desafiliación del Asegurado o revocación del consentimiento; y, (ii) Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta.

Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

(i) Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados estarán facultados a

presentar la solicitud de cobertura, la cual será evaluada de conformidad con lo dispuesto en el presente seguro; (ii) Cuando se produzca el cese o término de la relación laboral entre el Asegurado y el Contratante; y, (iii) Al superar, el Asegurado, los 65 años de edad.

Salvo en caso de fallecimiento, como consecuencia de los supuestos de resolución o extinción antes listados, terminará la cobertura respecto de cada Asegurado, perdiendo éste y sus respectivos beneficiarios todo derecho indemnizatorio bajo la presente póliza y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro.

Se deja expresa constancia que, en caso la cobertura del seguro se resolviese o extinguiese, la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se solicita la resolución o se toma conocimiento de la extinción de la póliza.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que la cobertura de este seguro será Nula respecto de cada Asegurado y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

1. Si, al momento de la incorporación, el Contratante y/o el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable.
2. En caso de declaración inexacta de la edad el Asegurado, si se comprobare que el Asegurado superaba la "Edad Máxima de Ingreso" a la fecha de contratación del seguro.
3. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro.
4. Si al tiempo de la contratación del seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2, 3 o 4 antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, sin intereses y dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del seguro a título indemnizatorio.

#### **10. PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA:**

Los beneficiarios deberán informar por escrito en el domicilio de la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de cobertura, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en la cual tengan conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. Posteriormente, los Beneficiarios deberán presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la siguiente documentación:

En caso de Muerte Natural:	En caso de Muerte Accidental o Invalidez:
(1) Partida o acta de defunción completa. (2) Certificado Médico de defunción completo. (3) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (4) Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.	(1) Partida o acta de defunción completa. (2) Certificado Médico de defunción completo. (3) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (4) Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada. (5) Protocolo de necropsia completo, cuando corresponda. (6) Atestado o Informe Policial o Carpeta Fiscal, según corresponda. (7) Resultado completo de los exámenes de dosaje etílico y toxicológico, cuando corresponda.

En caso los beneficiarios sean los hederos legales del Asegurado instituidos conforme a ley, además de los documentos antes listados se deberá presentar copia literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o del Testamento, según corresponda, emitida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.

Asimismo, dentro de los primeros veinte (20) días de completada la información y/o documentación exigida en la presente cláusula para la evaluación de la solicitud de cobertura, la Compañía podrá requerir información y/o documentación adicional para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario; y, se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. Hasta que el Beneficiario cumpla con proporcionar la información y/o documentación adicional solicitada por la Compañía, se suspenderá el plazo para considerar un siniestro consentido, el cual se reanudará al día siguiente de completada toda la documentación adicional requerida por la Compañía.

Ante el rechazo de la solicitud de cobertura, el Asegurado o sus beneficiarios podrán acudir a la Defensoría del Asegurado, al Indecopi o al Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable. Asimismo, podrán solicitar orientación en Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

#### **11. RENOVACIÓN Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA:**

La póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado tiene una vigencia anual renovable automáticamente en las mismas condiciones, salvo que la Compañía y/o el Contratante comuniquen las modificaciones con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. El Contratante tendrá un plazo de 30 días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía. Para estos efectos, la Compañía proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones

que se hayan incorporado en la póliza de conformidad al párrafo precedente. En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la cobertura se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia anual correspondiente de la presente póliza. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática de la póliza por lo que el contrato quedará resuelto.

Durante cada periodo de vigencia anual de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado. En caso la Compañía y el Contratante acuerden modificar las condiciones de la póliza, la Compañía proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que hayan sido incorporadas a la póliza.

#### **12. MEDIOS PARA EFECTUAR CONSULTAS Y/O RECLAMOS:**

Para la atención de sus consultas y/o reclamos puede comunicarse con la Central de Servicio al Asegurado de Pacifico Seguros al 513-5000 o acercarse a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro. Asimismo, podrá acudir al Indecopi o a Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

#### **13. MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:**

Toda discrepancia entre la Compañía, el Contratante/Beneficiario, el Asegurado y/o los herederos de éste último, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la validez, interpretación de los términos del presente contrato de seguro, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.

#### **14. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:**

La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado o sus beneficiarios perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si, en cualquier tiempo el Contratante, el Asegurado, sus beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente póliza.

#### **15. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO Y SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN:**

El Asegurado podrá resolver el seguro respecto de sí mismo, sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibido el Certificado de Seguro. Si el Asegurado resuelve el seguro conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

Asimismo, el Asegurado, en cualquier momento y sin expresión de causa, podrá solicitar su desafiliación al seguro, quedando sin efecto las coberturas otorgadas a partir de las 23:59 horas del día en el que se realiza la respectiva solicitud (fecha efectiva de la desafiliación). **A efectos de verificar la identidad del Asegurado, se deberá adjuntar a la solicitud de desafiliación copia del DNI del Asegurado.**

**Se deja expresa constancia que cualquier prima que, por error o debido al corto periodo que medie entre la solicitud y la fecha efectiva de la desafiliación, fuese cobrada de manera posterior a la fecha de la desafiliación del Asegurado, únicamente generará la obligación de devolución de la prima cobrada en exceso sin intereses ni responsabilidad ulterior. En tal sentido, la Compañía no asumirá responsabilidad alguna por los siniestros ocurridos con posterioridad a dicha fecha.**

#### **16. RELACIÓN DE CLÁUSULAS ADICIONALES:**

- a) Cláusula Adicional: "Beneficio por Muerte Accidental".
- b) Cláusula Adicional: "Invalidez Total y Permanente por Accidente".
- c) Cláusula Adicional: "Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable".

#### **17. PÓLIZA DE SEGUROS** El presente documento constituye un resumen de las Condiciones Generales de la Póliza SEGURO DE VIDA EN GRUPO PLANILLA N° XXXXX emitida por la Compañía. El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza la que le será entregada dentro de los quince (15) días siguientes. La Póliza N° XXXXX se encuentra vigente desde del XX de XXXXX de 20XX.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Funcionario

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Funcionario