

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL ANUAL RENOVABLE PARA EX TRABAJADORES
“VIDA LEY EX – TRABAJADORES”**

CONDICIONES PARTICULARES

| | |
|--|--|
| 1. DATOS DE LA PÓLIZA: | |
| PÓLIZA ° | XXXXXXX |
| TIPO DE POLIZA | Vida Ley ex trabajadores (Decreto Legislativo N° 688) |
| CÓDIGO REGISTRO SBS | XXXXXXXXXX, producto adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias. |
| MONEDA DEL CONTRATO | XXXXXXXXXX |
| FECHA DE EMISIÓN | XXXXXXXXXX |
| VIGENCIA | De las 00:00 horas del día XX/XX/XXXX a las 00:00 horas del día XX/XX/XX. Esta póliza podrá renovarse por periodos anuales iguales, en forma sucesiva, en tanto el Asegurado cumpla con pagar la prima correspondiente, dentro del plazo establecido por la Compañía. |
| 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. | |

| | | |
|--|-------------------------------|---|
| 2. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE/ASEGURADO Y BENEFICIARIOS: | | |
| CONTRATANTE/ASEGURADO: | | XXXXXXXXXX |
| TIPO Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | | XXXXXXXXXX |
| DOMICILIO CONTRACTURAL | DIRECCIÓN FÍSICA: | XXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| | DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: | XXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| BENEFICIARIOS: | | XXXXXXXXXXXXXXXXXX El Asegurado debe presentar una declaración jurada con firma legalizada notarialmente, o por juez de paz a falta de este último, con la relación de sus beneficiarios y sus respectivos domicilios, con estricta observancia del orden establecido en el Decreto legislativo N° 688 y sus modificatorias. Cualquier designación distinta se tendrá por no puesta. |

| 3. COBERTURAS: | | |
|--|---|--------------------------------|
| BENEFICIO | SUMA ASEGURADA(*) | MONTO DE SUMA ASEGURADA |
| Muerte Natural | 16 REMUNERACIONES MENSUALES ASEGURABLES | <<00000.00>> |
| Muerte Accidental | 32 REMUNERACIONES MENSUALES ASEGURABLES | <<00000.00>> |
| Invalidez Total y Permanente por Accidente en los términos definidos en la póliza | 32 REMUNERACIONES MENSUALES ASEGURABLES | <<00000.00>> |

(*) Para el cálculo de la suma asegurada, la remuneración mensual del trabajador no podrá exceder de la Remuneración Máxima establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio del Sistema Privado de Pensiones (SPP).

| | |
|--|--|
| REMUNERACIÓN MENSUAL ASEGURABLE: | <<00000.00>> |
| NOTA: Si la última remuneración mensual percibida e indicada en la solicitud de continuidad del seguro es superior a la Remuneración Máxima establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones vigente a la fecha de cese del Asegurado, se considerará como Remuneración Mensual Asegurable la Remuneración Máxima antes indicada. | |
| 4. PRIMA COMERCIAL (del primer año): | |
| BASE DE CALCULO: | Remuneración Mensual Asegurable |
| TASA ANUAL: | XXXXXXX |
| MONTO DE PRIMA COMERCIAL ANUAL: | XXXXXXX |
| FRECUENCIA DE PAGO (periodicidad elegida en la solicitud): | MENSUAL/ TRIMESTRAL/ SEMESTRAL/ ANUAL La tasa de fraccionamiento de primas para frecuencias distintas a la anual es XX.XX%. |
| MONTO DE PRIMA MENSUAL/ TRIMESTRAL/ SEMESTRAL/ ANUAL (*) (**): | XXXXX |
| FORMA DE PAGO DE PRIMA: | XXXXXXX |
| LUGAR DE PAGO: | XXXXXXX |

(*) Las primas no incluyen el IGV. Actualmente, las pólizas de vida están inafectas del IGV cuando el comprobante de pago es emitido a una persona natural residente en el Perú.

(**) El presente producto no contempla cargos o comisiones por intermediación de corredores, promotores o comercializadores.

Esta póliza no contempla deducibles, franquicias ni coaseguros.

PACIFICO SEGUROS NO AUTORIZA A SU PERSONAL A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO EN FORMA PERSONAL. En este sentido, no se hace responsable por cualquier monto entregado al Asesor o a cualquier funcionario, pese a conocer esta prohibición.

Póliza de vida individual "Vida Ley Ex Trabajadores" emitida por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, con R.U.C. N° 20332970411, con domicilio en Av. Juan de Arona 830, Piso 5, San Isidro y teléfono 518-4500.

FUNCIONARIO

FUNCIONARIO

CONTRATANTE

IMPORTANTE: El presente documento deberá ser devuelto a la Compañía firmado por el Contratante. El incumplimiento de esta obligación no significará, por sí sola, la resolución del contrato ni la anulación de la póliza.