

**SEGURO DE VIDA EN GRUPO OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES
RENOVABLE ANUALMENTE
“VIDA LEY”**

CONDICIONES PARTICULARES	
1. DATOS DE LA PÓLIZA:	
TIPO DE POLIZA	: Seguro Obligatorio “Vida Ley”
CODIGO REGISTRO SBS	: VI2007310027 (Nuevos Soles) / VI2007320035 (Dólares Americanos); 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», renovable anualmente.
2. INFORMACION DEL CONTRATANTE, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS:	
CONTRATANTE	: «XXXX»
N° RUC	: «XXXX»
DIRECCION FÍSICA	: «XXXX»
DIRECCION ELECTRÓNICA	: «XXXX»
ASEGURADOS	: Trabajadores del Contratante. No existe límite de edad de ingreso o permanencia, siempre que se cumpla con las normas laborales vigentes. El Contratante deberá presentar mensualmente una declaración de planilla con los datos de identificación de cada Trabajador Asegurado.
BENEFICIARIO	: Para efectos del presente seguro, únicamente se consideran como beneficiarios al cónyuge o conviviente del Asegurado a que se refiere el Artículo 326° del Código Civil y los descendientes del Asegurado. A falta de todos éstos, los beneficiarios serán los ascendientes y hermanos menores de 18 años de edad. El empleador del Asegurado, Contratante del seguro, tendrá derecho a cobrar el beneficio si fallecido el Asegurado y transcurrido un (1) año de ocurrida dicha contingencia, ninguno de los beneficiarios hubiera ejercido su derecho. El Contratante deberá requerir a cada Asegurado 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, en estricta observancia de lo establecido en las normas antes citadas. Cualquier designación distinta se tendrá por no puesta.
3. PRIMA COMERCIAL (PRIMA COLECTIVA):	
MONTO:	: Resultado de multiplicar la “Tasa Neta” a la “Base de Cálculo”, más IGV. El monto de la prima incluye la comisión (o cargos por la comercialización) que se indica en el acápite 5 de las presentes Condiciones Particulares, en caso corresponda.
FRECUENCIA DE PAGO	: «XXXXXXXXXX»

FORMA DE PAGO	:	«XXXXXXXXXXXXXXXXXX»
LUGAR DE PAGO	:	«XXXXXXXXXXXXXXXXXX»
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. La falta de presentación de la declaración de planilla constituye un incumplimiento en el pago de la prima.
BASE DE CÁLCULO	:	Remuneraciones Mensuales Asegurables correspondientes a los Trabajadores Asegurados incluidos en la declaración de planillas, según la definición contenida en el Condicionado General y lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 688.
TASA NETA		
- «Categoría 1»	:	«XX.XX»% de la Remuneración Asegurada Declarada.
- «Categoría 2»	:	«XX.XX»% de la Remuneración Asegurada Declarada.
- «Categoría 3»	:	«XX.XX»% de la Remuneración Asegurada Declarada.

4. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Muerte Natural	16 Remuneraciones mensuales asegurables(*)
Muerte Accidental	32 Remuneraciones mensuales asegurables(*)
Invalidez Total y Permanente por Accidente	32 Remuneraciones mensuales asegurables(*)

(*) La remuneración mensual asegurable se calcula de conformidad con lo dispuesto en las Cláusulas Primera y Novena del Condicionado General y en el Decreto Legislativo N° 688.

5. INTERMEDIACIÓN:

NOMBRE	:	«XXXXXXXXXX»
REGISTRO	:	«XXXXXXXXXX»
COMISIÓN	:	«XXXXXXXXXX»

La comisión del comercializador se calcula sobre la prima comercial neta de impuestos y gastos de gestión. Podrían aplicar bonificaciones, premios u otros beneficios adicionales según acuerdo del Comercializador o Intermediario con la Compañía.

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 «colocar correo del área de servicio al cliente»; con teléfono 5184500 y fax 51845693; 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, no se hace responsable por cualquier monto entregado 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 omisión, simulación, o falsedad en las declaraciones que haga el Asegurado y/o Contratante en la Solicitud respectiva y que obedezca a dolo o culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato y, en consecuencia, toda obligación de la Compañía, de acuerdo al artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro – Ley N° 29946.

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

Nro.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NACIONALIDAD	DOMICILIO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	REMUNERACIÓN
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									