

**POLIZA N°
PÓLIZA DE SEGURO - PLAN VIDA SEGURA**

El presente producto presenta obligaciones a cargo del Asegurado, las mismas que se encuentran descritas en el Artículo 22° numeral 22.2) de las Condiciones Generales cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

Condiciones Particulares**Para uso del ASEGURADO / ASEGURADORA**

ASEGURADORA : RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS
RUC : 20100041953
DIRECCIÓN : AV. PASEO DE LA REPUBLICA NRO. 3505 INT. P-11, SAN ISIDRO - LIMA
TELEFONO : 4111000 **FAX :** 4210555

DATOS DEL CONTRATANTE (En caso de persona jurídica)

Razón social :
Tipo documento : N° documento:
Giro del negocio :
Dirección :
Referencia :
Distrito : Provincia :
Departamento :
Teléfono Fijo : Teléfono Móvil :

DATOS DEL CONTRATANTE (En caso de persona natural o representante legal para contratante Persona jurídica)

Apellidos :
Nombres :
Tipo documento: N° documento:
Residente en el Perú :
Fecha nacimiento : Sexo:
Estado civil : Nacionalidad:
Dirección :
Referencia :
Distrito : Provincia :
Departamento :
Teléfono Fijo : Teléfono Móvil :
Correo personal :
Correo laboral :

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (en caso sea persona distinta al CONTRATANTE)

Apellidos :
Nombres :
Tipo documento: N° documento:
Fecha nacimiento : Sexo :
Estado civil : Nacionalidad:
Fumador :
Condición de Riesgo :
Dirección :
Referencia :
Distrito : Provincia :
Departamento :
Teléfono Fijo : Teléfono Móvil :

BENEFICIARIOS DE COBERTURAS/CLÁUSULAS ADICIONALES

Se consideran como tales a los Herederos Legales (en caso no se haya registrado beneficiarios)

Doc. Identidad	Apellidos y Nombres	F.Nacim.	Sexo	Parentesco	%Beneficio
<tipo-N°doc>	<ape pat + mat + nombres>	<fechaNac>	<sexo>	<parentesco>	<%beneficio>

BENEFICIARIOS ESPECIALES DE COBERTURA: PAGO DE BENEFICIARIOS

Se consideran como tales a los Herederos Legales (en caso no se haya registrado beneficiarios)

Doc Identidad	Apellidos y Nombres	F.Nacim.	Sexo	Parentesco	%Pago
TipoPago	Fecha MaxPago	Tipo Riesgo			
<tipo-N°doc>	<ape pat + mat + nombres>	<fechaNac>	<sexo>	<parentesco>	<%pago>
<tipoPago>	<fecha Max. pago>	<tipo riesgo>			

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

La ASEGURADORA recomienda mantener vigente esta Póliza de Seguro, a fin que el ASEGURADO TITULAR y/o Beneficiarios, de corresponder, puedan recibir la totalidad de los beneficios ofrecidos por este producto de seguro.

La celebración del presente contrato de seguro es IRREVOCABLE, es decir, ninguna de las partes intervinientes en el presente contrato de seguro, podrá resolverlo sin expresión de causa y en forma unilateral.

EL CONTRATANTE declara conocer y aceptar que las condiciones ofrecidas por la ASEGURADORA en este contrato de seguro se han realizado teniendo como base: (i) la información brindada en la Solicitud de seguro y en la Declaración Personal de Salud; (ii) La modalidad de cobertura elegida (temporal o permanente). (iii) El importe de la Prima Única. (iv) Edad del Asegurado Titular, entre otras variables.

El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR firma el presente documento en señal de haber tomado conocimiento, recibido y aceptado las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales –de ser el caso–, que integran su Póliza.

San Isidro, XX de XXXXXXXXXX del 20XX

CONTRATANTE/ASEGURADO

CONTRATANTE

RIMAC SEGUROS

Sírvase devolver una copia de la presente a la Aseguradora debidamente firmada por el Contratante y Asegurado Titular.

