

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 :
 Correo personal :
 Correo laboral :

CONDICIONES PARTICULARES

Tipo de Plan Vida Segura : XXXXXXXXXXXX
 Vigencia Inicial de la Póliza : XXXXXXXXXXXX
 Fin de vigencia de la Póliza : XXXXXXXXXXXX
 Moneda de la Prima : XXXXXXXXXXXX
 Prima Única : XXX
 Moneda del Pago Vida Segura : XXX
 Factor de Ajuste Anual del Pago : XXX
 Monto del Pago Plan Vida segura (PVS) Base : XXXX
 Periodicidad del Pago : XXXXX
 Fecha Devengue Base :
 Diferimiento (meses) :
 Años del Plan temporal : XX
 Inicio de Pago Vida Segura : Fin Pago Vida Segura :

Coberturas adicionales contratadas: (estas coberturas son contratadas a solicitud del contratante de manera opcional)

Moneda del Capital de Fallecimiento : XXX
 Capital por Fallecimiento : xxxx
 Moneda del Capital de Supervivencia : XXX
 Capital por Supervivencia : xxxx
 N° Meses Periodo Garantizado (PG) : xxxx
 Inicio Vigencia Periodo Garantizado : XX/XX/XXXX Fin Vigencia Periodo
 Garantizado: XX/XX/XXXX
 Inicio Vigencia Doble Pago : XX/XX/XXXX Fin Vigencia Doble Pago:
 XX/XX/XXXX
 Gratificación Semestral : XXXX
 Pago Supervivencia a Beneficiarios : XXXX
 Factor % de descuento de pago adelantado de saldo de Periodo garantizado: XX %
 Condición especial de Rescate : XX
 Factor por rescate anticipado : XXXX (aplicable cuando condición de rescate: Si)
 Plazo mínimo para solicitud de rescate (meses): xxxx (aplicable cuando condición de rescate: Si)

	Monto del Pago (US\$ o S/)	Prima Única (US\$ o S/)
Total		

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la cobertura de fallecimiento son los herederos legales (en caso se incluya capital de fallecimiento y el contratante elige esta opción).

La designación de beneficiarios ha sido delegado por el contratante al asegurado titular (en caso se incluya cobertura de pago de beneficiarios y contratante haya seleccionado esta opción en la solicitud).

PAGO DE BENEFICIARIOS

TipoDoc N°Doc Identidad Apellidos y Nombres F.Nacim. Sexo Relación con Asegurado %Cap.
 Fallec %Pago TipoPago Fecha MaxPago Tipo Riesgo

Temporal

XXXXX XXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX dd/mm/aaaa XX XXXXXXXXXXXXXXX
 XXX.xx% XX.xx% XXXXXX dd/mm/aaaa XXXXXX

Consolidado de Prima

Prima Única :
 Total :
 Monto del Pago :
 Lugar de pago :
 Forma de pago :

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 XXXXXXXXXXX del 20XX

 CONTRATANTE

 RIMAC SEGUROS

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