

**SEGURO DE VIDA CON DEVOLUCIÓN
CONDICIONES PARTICULARES**

DATOS DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA Y DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Fecha de Emisión: ___/___/___ Póliza N°: _____ Código SBS: _____
 Vigencia desde: ___/___/___ Hora: 12:00m.
 Vigencia hasta: ___/___/___ o la fecha en que el asegurado alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero.
 Hora: 12:00m.
 Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros (La Aseguradora)
 RUC: 20100041953
 Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3 Distrito : San Isidro
 Provincia: Lima Departamento : Lima
 Teléfono: 411-3000 Fax : 421-0555

DATOS DEL COMERCIALIZADOR

Razón Social: Dirección:
 Teléfono: Correo Electrónico:
 RUC:

DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Razón Social: N° de Registro Oficial:
 Teléfono: Dirección:
 RUC: Correo Electrónico:

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre: Tipo de Documento:
 Dirección: N° Documento:
 Teléfono:
 Correo Electrónico:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre: Tipo de Documento:
 Edad: N° Documento:
 Dirección: Sexo:
 Teléfono: Fecha de Nacimiento:
 Correo Electrónico:

BENEFICIARIOS

Herederos Legales

Nombres	Apellidos	Dirección	DOI	% de participación sobre el beneficio

EXPEDIENTE FOLIO
 2013 - 41140 106

En caso que el Asegurado no haya designado Beneficiarios, los Beneficiarios serán los Herederos Legales. Si se designaron varios Beneficiarios, sin indicación del porcentaje de participación sobre el beneficio, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

MATERIA ASEGURADA

COBERTURA DE FALLECIMIENTO:

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, La Aseguradora pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada señalada en las presentes Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.

COBERTURA DE SOBREVIVENCIA:

En caso la vigencia de la presente Póliza de Seguro culmine, y no se haya producido el fallecimiento del Asegurado, La Aseguradora otorgará como cobertura de sobrevivencia al Asegurado, el porcentaje de la totalidad de las primas pagadas (descontando los impuestos en caso aplique), de acuerdo a señalado en las presentes Condiciones Particulares. En caso que el Asegurado fuese persona natural distinta del Contratante, el beneficio de la cobertura de sobrevivencia se realizará a favor de este último.

SUMA ASEGURADA O ALCANCE DE LA COBERTURA

Coberturas y Vigencia	Plan x
Cobertura de Fallecimiento	S/. xx,xxx
Cobertura de Sobrevivencia *	xx% **
Vigencia	x años

* Devolución de primas pagadas al término de la vigencia menos impuestos de ley

** % de la totalidad de primas pagadas menos impuestos de ley

PRIMA

Prima	Monto S/.
Prima Comercial Mensual por cobertura de Fallecimiento	
Prima Comercial Mensual por cobertura de Sobrevivencia	
Prima Comercial Mensual Total	
Prima Comercial Mensual Total + IGV	

La prima comercial mensual total incluye:	(Montos S/.)
- Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros	
- Cargos por la contratación de promotores de seguros	
- Cargos por la contratación de comercializadores	

Determinación y parámetros de bonificación, premios y otros beneficios a los corredores y/o comercializadores: No Aplica

LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

La prima comercial total mensual de la presente Póliza de Seguro será cargada a la tarjeta CMR o tarjeta Visa Banco Falabella del Contratante siguiente:

EXPERIENTE	COJIO
2013 - 41140	105

Nombre del Titular de la Tarjeta:
N° Tarjeta de crédito:

El Contratante será responsable de realizar los pagos de sus estados de cuenta de manera puntual y verificar en los mismos estados de cuenta que se realicen los cargos conforme a la presente contratación. La falta de pago de la prima podrá generar la suspensión, resolución y/o extinción del contrato de seguro en la forma establecida en el Condicionado General de la Póliza. Los débitos mensuales serán efectuados en Nuevos Soles al tipo de cambio del día del cargo en cuenta.

CRONOGRAMA / FECHA DE PAGO DE LA PRIMA:

FECHA DE PAGO (fecha que se realizará el cargo en cuenta a la tarjeta de crédito indicada):
..... de cada mes.

CUADRO DE VALORES GARANTIZADOS SEGÚN PLAN ELEGIDO

Año de vigencia	Meses	Derecho de Rescate / Derecho de Préstamo	Derecho de reducción (días) Plan de 5 años	Derecho de reducción (días) Plan de 7 años	Derecho de reducción (días) Plan de 12 años
1	0 - 12	0.00%	0	0	0
2	13 - 24	0.00%	0	0	0
3	25 - 36	1.00%	7	7	7
4	37 - 48	1.00%	10	10	10
5	49 - 60	1.00%	14	14	14
6	61 - 72	1.00%	-	18	18
7	73 - 84	1.00%	-	21	21
8	85 - 96	1.00%	-	-	25
9	97 - 108	1.00%	-	-	28
10	109 - 120	1.00%	-	-	30
11	121 - 134	1.00%	-	-	30
12	135 - 144	1.00%	-	-	30

CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO:

Edad Mínima de Ingreso a la póliza: 18 años
Edad Máxima de Ingreso a la póliza: 64 años y 364 días
Edad Máxima de Permanencia en la póliza: 76 años y 364 días
Deducibles / Franquicias / Coaseguros / Similares : No Aplica

INFORMACION ADICIONAL

- La Aseguradora es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada.
- La Aseguradora es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
- Las comunicaciones cursadas por los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a La Aseguradora.
- Los pagos efectuados por los Contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a La Aseguradora.

EXPEDIENTE	FOLIO
2013 - 41140	104

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

- El Contratante y/o Asegurado suscribe las Condiciones Particulares en señal de haber tomado conocimiento, recibido y aceptado los términos de la póliza de seguros contratada, incluidas las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y el resumen de la Póliza.
- La aceptación de la Solicitud de Seguro supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante y/o Asegurado en los términos estipulados por las empresas, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.

RODRIGO GONZALEZ
Vicepresidente
División Seguros Personales
Rímac Seguros y Reaseguros

CONTRATANTE/ASEGURADO
Fecha: __ de ____ de 20__

EXPEDIENTE	FOLIO
2013 - 41140	103