

**SEGURO DE VIDA DOTAL DOBLE CAPITAL  
CONDICIONES PARTICULARES  
(Registro SBS: VI2057120016)  
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias**

**PÓLIZA**

---

Contratante : XXXXXXX  
 Asegurado : XXXXXXX  
 Código de Cliente: XXXXXXX  
 Dirección : XXXXXXX  
 Distrito : XXXXXXX  
 Correo Electrónico: XXXXXXX

---

Ramo : - VIDA INDIVIDUAL  
 Póliza N° : XXXXXXX  
 Vigencia : fecha y hora de inicio: XXXXXXX  
 fecha y hora de fin: xxxxxxxxx  
 Moneda : Dólares Americanos  
 Prima Anual : XXXXXXX

---

Aseguradora : Seguros SURA  
 R.U.C. : 20463627488  
 Dirección : Av. Canaval y Moreyra 522 piso 10, San Isidro, Lima.

---

Corredor (en caso corresponda) : Código: XXXX

---

Para que la Compañía Aseguradora quede obligada a efectuar cualquier pago conforme a la presente póliza y sus anexos, el Asegurado deberá cumplir la estricta observación de los términos contenidos en las Condiciones Generales y Particulares de la presente póliza.

San Isidro, XX de XXX del XXXX.

CAPITAL SOCIAL SUSCRITO Y PAGADO: XXXXXXX - TOTAL PATRIMONIO:  
XXXXXXX

INSCRITO EN LA PARTIDA 11169342 DEL REGISTRO DE PERSONAS JURÍDICAS

**CONDICIONES PARTICULARES**

Registro SBS: (VI2057120016)

Ramo : XXXXXXXX  
 Código Cliente : XXXXXXXX  
 Póliza N° : XXXXXXXX

Seguros SURA (RUC 20463627488) otorga el presente contrato de seguro considerando que las declaraciones hechas en la Solicitud de Seguro, en la Declaración Personal de Salud, anexos o endosos de la póliza, en las declaraciones hechas al médico examinador, en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares, forman parte integral de la póliza y son aceptadas por ambas partes.

|                    |            |                    |
|--------------------|------------|--------------------|
| ASEGURADO          | : XXXXXXXX |                    |
| DNI/C.E.           | : XXXXXXXX |                    |
| Domicilio Legal    | : XXXXXXXX |                    |
| Correo Electrónico | : XXXXXXXX |                    |
| F. de Nacimiento   | : XXXXXXXX | Edad Actuarial: XX |
| CONTRATANTE        | : XXXXXXXX |                    |
| DNI/C.E.           | : XXXXXXXX |                    |
| Domicilio Legal    | : XXXXXXXX |                    |
| Correo Electrónico | : XXXXXXXX |                    |

**PLAN DE SEGURO: DOTAL DOBLE CAPITAL**

El capital asegurado se paga al mismo asegurado al término del período de vigencia elegido, que puede ser por 5, 10, 15, 20, 25 o 30 años, o al llegar a una edad prefijada, que puede ser 50, 55, 60 o 65 años. Si la muerte del asegurado ocurre antes, la compañía paga el capital asegurado al beneficiario y se cancela el contrato; pero si el asegurado sobrevive a dicho período recibe él mismo el capital asegurado y continúa asegurado por la misma cantidad libre de pago futuro de primas, pagadera por la compañía al beneficiario cuando el asegurado fallezca, dándose por concluido el contrato.

Vigencia : XXXXXXXX  
 Plan de Pago : XXXXXXXX  
 F. de Emisión : XXXXXXXX  
 Límite de Edad Asegurable : XXXX  
 Límite de Permanencia en la Póliza: XXXX  
 Moneda : Dólares americanos  
 Lugar de pago de prima : XXXX  
 Riesgos cubiertos bajo estipulación expresa (en caso corresponda):

| Cobertura Descripción     | Capital Asegurado | Tasa % | Prima Anual |
|---------------------------|-------------------|--------|-------------|
| Base: DOTAL DOBLE CAPITAL | XXXX              | XXXX   | XXXX        |
| Adicional: (*)XXXXXXX     | XXXX              | XXXX   | XXXX        |

Prima Según

Periodicidad de pago: XXX xxxxx

Total Prima Anual: XXXX

(\*) Vigencia coberturas adicionales: Hasta finalización del plan de pago o hasta edad límite indicada en Cláusulas Adicionales, lo que ocurra primero.

|  |        |
|--|--------|
| Prima Comercial  | XXXX   |
| Prima Comercial + IGV (en caso corresponda)                                    | XXXXX  |
| Cargos por agenciamiento y/o bonificaciones del Corredor (en caso corresponda) | xxxxxx |
| TREA o TIR (según corresponda)   | Xxxx%  |

| (+) Periodicidad de pago | TEA/TCEA |
|--------------------------|----------|
| Mensual                  | 12.77%   |
| Trimestral               | 12.33%   |
| Semestral                | 12.75%   |

**CUADRO DE VALORES GARANTIZADOS**

|  |
|--|
|  |
|--|

**BENEFICIARIOS PRINCIPALES Y CONTIGENTES**

---

XXXXXXXXXX

| BENEFICIARIOS | Apellidos y Nombres | Relac/Asegurado | %Part. |
|---------------|---------------------|-----------------|--------|
| Principal(es) | XXXXX               | XXXX            | XX%    |
| Contigente(s) | XXXXX               | XXXX            |        |

Otras Condiciones: Deducibles, franquicias, coaseguros: No aplican.

\_\_\_\_\_  
Firma Contratante

\_\_\_\_\_  
Seguros SURA

\_\_\_\_\_  
Seguros SURA

**CRONOGRAMA DE PAGOS**

|                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| CONTRATANTE       | : XXXXXXXX            |
| Código            | : XXXXXXXX            |
| Ramo              | : XXXXXXXX            |
| Póliza N°         | : XXXXXXXX            |
| Moneda            | : Dólares Americanos  |
| Modalidad de Pago | : 12 Cuotas Mensuales |
| Documento         | : XXXXXXXX            |
| Número            | : XXXXXXXX            |
| Fecha             | : XXXXXXXX            |

Detalle

| Cuota | Vencimiento | Monto |
|-------|-------------|-------|
| XXX   | XX/XX/XXXX  | XXX   |
| XXX   | XX/XX/XXXX  | XXX   |

Importe Total                      XXXX

En caso el monto de la prima (o las cuotas que se deriven de su fraccionamiento) sea pagado en USD\$ Dólares Americanos, se aplicará el tipo de cambio compra del Banco donde se cancele la obligación. En caso la obligación se cancele en las Oficinas de Seguros SURA se aplicará el tipo de cambio compra publicado en nuestros establecimientos.