

SEGUROS



SEGURO DE VIDA DOTAL TRIPLE CRECIENTE
CONDICIONES PARTICULARES

(Registro SBS: VI2057120013)

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

PÓLIZA

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

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

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: XXXXXXXX - TOTAL PATRIMONIO:
XXXXXXX

INSCRITO EN LA PARTIDA 11169342 DEL REGISTRO DE PERSONAS JURÍDICAS



CONDICIONES PARTICULARES

Registro SBS: (VI2057120013)

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: Seguro de Vida Dotal Triple Creciente

El capital asegurado creciente 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. El capital asegurado creciente es equivalente al capital inicial sólo durante el primer año; a partir del segundo año el capital asegurado se incrementará cada año en una proporción constante, de modo que al término del período de vigencia elegido sea equivalente al triple del capital inicial. Si la muerte del asegurado ocurre antes del período elegido, o antes de la edad prefijada, la compañía paga el capital asegurado creciente que corresponda al beneficiario de acuerdo al año de vigencia en curso, 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):

SEGUROS



Cobertura Descripción	Capital Asegurado	Tasa %	Prima Anual
Base: DOTAL TRIPLE CRECIENTE	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.

