

**SEGURO DE VIDA ENTERA CON BENEFICIO ADELANTADO (VEBA)
CONDICIONES PARTICULARES
(Registro SBS: VI2057120010)**

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: S/. XXXXXX - TOTAL PATRIMONIO: S/.
XXXXXXX

INSCRITO EN LA PARTIDA 11169342 DEL REGISTRO DE PERSONAS JURÍDICAS



CONDICIONES PARTICULARES

Registro SBS: (VI2057120010)

Ramo : XXXXXXX
 Código Cliente : XXXXXXX
 Póliza N° : XXXXXXX

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 : XXXXXXX
 DNI/C.E. : XXXXXXX
 Domicilio Legal : XXXXXXX
 Correo Electrónico : XXXXXXX
 F. de Nacimiento : XXXXXXX Edad Actuarial: XX
 CONTRATANTE : XXXXXXX
 DNI/C.E. : XXXXXXX
 Domicilio Legal : XXXXXXX
 Correo Electrónico : XXXXXXX

PLAN DE SEGURO: VIDA ENTERA CON BENEFICIO ADELANTADO (VEBA)

En los términos que constan de la póliza, el Capital Asegurado será pagado por la Compañía Aseguradora a los Beneficiarios después del fallecimiento del Asegurado, si este hecho ocurre durante la vigencia de la póliza y antes de finalizar el Plan de Pago originalmente pactado. Si el Asegurado sobrevive al Plan de Pago pactado en la póliza, se le adelantará al Contratante el 50% del Capital Asegurado, y el Asegurado continuará con cobertura en forma vitalicia, sin pago posterior de primas, por el 50% restante del Capital Asegurado, el que se pagará después del fallecimiento del Asegurado a los Beneficiarios designados.

Vigencia : XXXXXXX
 Plan de Pago : XXXXXXX
 F. de Emisión : XXXXXXX
 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: VIDA ENTERA CON BENEFICIO ADELANTADO (VEBA)	XXXX	XXXX	XXXX
Adicional: (*)XXXXXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Prima Según Periodicidad de pago (+):	xxxx		
Total Prima Anual:	XXXX		

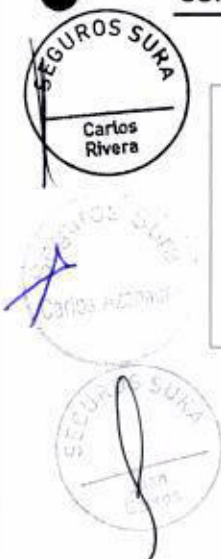
(*) Vigencia coberturas adicionales: Hasta finalización del plan de pago o hasta edad límite indicada en Cláusulas Adicionales, lo que ocurra primero.

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

XXXXXXXXXXXX

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

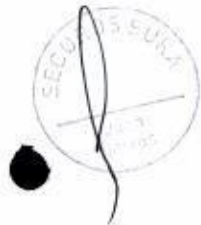
Otras Condiciones: Deducibles, franquicias, coaseguros: No aplican.



Firma Contratante

Seguros SURA

Seguros SURA



CRONOGRAMA DE PAGOS

CONTRATANTE	: XXXXXXX
Código	: XXXXXXX

Ramo	: XXXXXXX
Póliza N°	: XXXXXXX
Moneda	: Dólares Americanos
Modalidad de Pago	: 12 Cuotas Mensuales

Documento	: XXXXXXX
Número	: XXXXXXX
Fecha	: XXXXXXX

Detalle

Cuota	Vencimiento	Monto
XXX	XX/XX/XXXX	S/.XXX
XXX	XX/XX/XXXX	S/.XXX

Importe Total S/.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.

