

**SEGURO DE VIDA SEGUNDO ASEGURADO
CONDICIONES PARTICULARES
(Registro SBS: VI2057120018)
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: xxxxxxxxxxx
 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/. XXXXXXX - TOTAL PATRIMONIO: S/.
XXXXXXX

INSCRITO EN LA PARTIDA 11169342 DEL REGISTRO DE PERSONAS JURÍDICAS



CONDICIONES PARTICULARES

Registro SBS: (VI2057120018)

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: SEGUNDO ASEGURADO (SA)

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. Si el Asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de la póliza, no habrá derecho a indemnización alguna.

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) : XXXXXX



Producto escogido: XXXXXXXXXXXXX

Cobertura Descripción	Capital Asegurado	Tasa %	Prima Anual
Base: SEGUNDO ASEGURADO (SA)	XXXX	XXXX	XXXX
Prima Según Periodicidad de pago:	XXXX	XXXX	XXXX
Total Prima Anual:	XXXX		

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%

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 : 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

