

**CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE BIENESTAR FAMILIAR
POLIZA N° XXXXXXXXX
CÓDIGO DE REGISTRO EN LA SBS N° XXXXXXXXX**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.

Compañía Aseguradora: SEGUROS SURA
Domicilio: AV. CANAVAL Y MOREYRA N° 522 PISO 10, SAN ISIDRO
Asegurado:
Contratante:
Beneficiarios: SEGÚN SOLICITUD DEL SEGURO DE BIENESTAR FAMILIAR.

Ramo	SEGURO DE BIENESTAR FAMILIAR
Vigencia	MENSUAL
Moneda	SOLES
Bróker	SIN INTERMEDIACIÓN

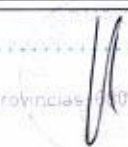
PLANES DE SEGURO DE VIDA BIENESTAR FAMILIAR

Paquete 1 (Cobertura básica)	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
Coberturas	S/.	S/.	S/.	S/.
Muerte Accidental	68,000	85,000	105,000	125,000
Renta por Muerte Accidental (*) (Renta Mensual de S/. 2,000 por 12 meses)	24,000	24,000	24,000	24,000
Desamparo Familiar Súbito	30,000	30,000	30,000	30,000
Muerte Natural	25,000	40,000	48,000	55,000
Renta por Muerte Natural (*) (Renta Mensual de S/. 1,000 por 12 meses)	12,000	12,000	12,000	12,000
Invalidez Total y Permanente (en caso de accidente)	20,000	27,000	48,000	50,000
Enfermedad Grave Diagnostico (**)	10,000	12,000	12,000	12,000
Deuda con el Empleador	6,000	6,000	6,000	6,000
Desempleo por Invalidez o Enfermedad Grave	6,000	7,000	7,000	6,000
Prima Comercial				
Titular	S/. 28	S/. 35	S/. 42	S/. 49
Titular + Cónyuge	S/. 53	S/. 65	S/. 81	S/. 95



Paquete 2	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
Coberturas	S/.	S/.	S/.	S/.
Muerte Accidental	68,000	85,000	105,000	125,000
Renta por Muerte Accidental (*) (Renta Mensual de S/. 2,000 por 12 meses)	24,000	24,000	24,000	24,000
Desamparo Familiar Súbito	30,000	30,000	30,000	30,000
Muerte Natural	25,000	40,000	48,000	55,000
Renta por Muerte Natural (*) (Renta Mensual de S/. 1,000 por 12 meses)	12,000	12,000	12,000	12,000
Invalidez Total y Permanente (en caso de accidente)	20,000	27,000	48,000	50,000
Enfermedad Grave Diagnóstico (**)	10,000	12,000	12,000	12,000
Deuda con el Empleador	6,000	6,000	6,000	6,000
Desempleo por Invalidez o Enfermedad Grave	6,000	7,000	7,000	6,000
Coberturas Adicionales				
Estudios	10,000	10,000	10,000	10,000
Muerte por asalto	50,000	50,000	50,000	50,000
Renta Mensual por Muerte en Asalto de S/. 2,000 por 12 meses	24,000	24,000	24,000	24,000
Muerte Accidental en transporte privado	10,000	10,000	10,000	10,000
Muerte Accidental en transporte público	10,000	10,000	10,000	10,000
Prima Comercial				
Titular	S/. 32	S/. 39	S/. 46	S/. 53
Titular + Cónyuge	S/. 60	S/. 72	S/. 88	S/. 102

Paquete 3	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
Coberturas	S/.	S/.	S/.	S/.
Muerte Accidental	68,000	85,000	105,000	125,000
Renta por Muerte Accidental (*) (Renta Mensual de S/. 2,000 por 12 meses)	24,000	24,000	24,000	24,000
Desamparo Familiar Súbito	30,000	30,000	30,000	30,000
Muerte Natural	25,000	40,000	48,000	55,000
Renta por Muerte Natural (*) (Renta Mensual de S/. 1,000 por 12 meses)	12,000	12,000	12,000	12,000
Invalidez Total y Permanente (en caso de accidente)	20,000	27,000	48,000	50,000
Enfermedad Grave Diagnóstico (**)	10,000	12,000	12,000	12,000
Deuda con el Empleador	6,000	6,000	6,000	6,000
Desempleo por Invalidez o Enfermedad Grave	6,000	7,000	7,000	6,000
Oncológico indemnizatorio	33,000	33,000	33,000	33,000
Muerte Accidental en Transporte Privado	10,000	10,000	10,000	10,000
Muerte Accidental en Transporte Público	10,000	10,000	10,000	10,000
Prima Comercial				
Rango de edad: 18 – 35	S/. 42	S/. 49	S/. 56	S/. 63
Rango de edad: 36 – 45	S/. 49	S/. 56	S/. 63	S/. 70
Rango de edad: 46 – 60	S/. 62	S/. 69	S/. 76	S/. 83



Paquete 4	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
Coberturas	S/.	S/.	S/.	S/.
Muerte Accidental	68,000	85,000	105,000	125,000
Renta por Muerte Accidental (*) (Renta Mensual de S/. 2,000 por 12 meses)	24,000	24,000	24,000	24,000
Desamparo Familiar Súbito	30,000	30,000	30,000	30,000
Muerte Natural	25,000	40,000	48,000	55,000
Renta por Muerte Natural (*) (Renta Mensual de S/. 1,000 por 12 meses)	12,000	12,000	12,000	12,000
Invalidez Total y Permanente Accidente	20,000	27,000	48,000	50,000
Enfermedad Grave al Diagnóstico	10,000	12,000	12,000	12,000
Deuda con el Empleador	6,000	6,000	6,000	6,000
Desempleo por Invalidez o Enfermedad Grave	6,000	7,000	7,000	6,000
Estudios	10,000	10,000	10,000	10,000
Muerte por asalto	50,000	50,000	50,000	50,000
Renta Mensual por Muerte en Asalto de S/ 2.000 por 12 meses	24,000	24,000	24,000	24,000
Oncológico indemnizatorio	33,000	33,000	33,000	33,000
Muerte Accidental en transporte privado	10,000	10,000	10,000	10,000
Muerte Accidental por transporte público	10,000	10,000	10,000	10,000
Prima Comercial				
Rango de edad: 18 – 35	S/. 46	S/. 53	S/. 60	S/. 67
Rango de edad: 36 – 45	S/. 53	S/. 60	S/. 67	S/. 74
Rango de edad: 46 – 60	S/. 66	S/. 73	S/. 80	S/. 87

(*) En caso se solicite, la renta mensual se puede indemnizar en un solo pago.

(**) Enfermedades graves al diagnóstico con cobertura: Cáncer, Infarto al Miocardio, Accidente Cerebro Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple, Coma. **Para la enfermedad grave al diagnóstico aplica un periodo de carencia de noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de inicio de vigencia o desde el último aumento de Plan de Seguro. En este último caso, este plazo se considerará sólo para el pago del incremento del Capital Asegurado. La fecha de diagnóstico de la enfermedad grave será considerada para efectos del periodo de carencia.**



1. PLAN DE SEGURO

Paquete _____	Plan Cobertura Seguro de Vida
Prima Total S/.	Plan _____ Titular + _____ Dependiente

2. FORMA DE PAGO: La forma de pago será mensual a través del mecanismo indicado a continuación:

Descuento por Planilla (*) Cargo en Tarjeta de Crédito / Débito (**)

(*) Debe firmar la autorización de descuento en planilla

(**) Debe llenar el formato de autorización de pago en Tarjeta de Crédito / Débito

3. EMPLEADOR

RUC Empleador: _____ Razón Social del Empleador: _____ Giro del Negocio: _____

4. FECHA Y HORA DE INICIO DE VIGENCIA Y FIN DE VIGENCIA:

5. CONTRATANTE:

Nombre del Trabajador (Apellido paterno, materno, nombres):		DNI/CE:
Dirección del Trabajador (Av., Calle, Jr., N°, Dpto., Urb.):		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Teléfono Domicilio:	Teléfono Laboral:	Celular:
Correo Electrónico 01: Empleado: CAS:	Correo Electrónico 02:	Código <input type="checkbox"/>

ASEGURADO (Apellido paterno, materno, nombres):		DNI/CE:
Dirección (Av., Calle, Jr., N°, Dpto., Urb.):		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Teléfono Domicilio:	Teléfono Laboral:	Celular:
Correo Electrónico 01:	Correo Electrónico 02:	<input type="checkbox"/>

Los plazos estipulados en la presente póliza serán de aplicación en todos los casos, en la medida que se trata de un contrato de prestaciones continuas con el Contratante.

