

**CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE BIENESTAR FAMILIAR - SOLES
POLIZA N° XXXXXXXXX
CÓDIGO SBS N° VI2058000074**

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

Coberturas	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5
	S/.	S/.	S/.	S/.	S/.
MUERTE ACCIDENTAL	38,000	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	24,000
TOTAL BENEFICIOS	62,000	92,000	109,000	129,000	149,000
Desamparo Familiar Súbito	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000
MUERTE NATURAL	16,000	25,000	30,000	38,000	47,000
Renta por Muerte Natural (*) (Renta Mensual de S/. 1,000 por 12 meses)	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000
TOTAL BENEFICIOS	28,000	37,000	42,000	50,000	59,000
Invalidez Total y Permanente (en caso de accidente)	10,000	20,000	27,000	38,000	45,000
Enfermedad Grave Diagnostico (**)	5,000	10,000	12,000	12,000	12,000
Deuda con el Empleador	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000
Seguro de Desempleo	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000

DETALLE DE PRIMA MENSUAL

	S/.	S/.	S/.	S/.	S/.
TITULAR	23	28	33	39	47
TITULAR + 1 DEPENDIENTE	43	53	61	75	91
TITULAR + 2 DEPENDIENTE	63	78	89	111	135
TITULAR + 3 DEPENDIENTE	83	103	117	147	179
TITULAR + 4 DEPENDIENTE	103	128	145	183	223
TITULAR + 5 DEPENDIENTE	123	153	173	219	267





(*) En caso se solicite, la cobertura por renta mensual, se puede indemnizar en un sólo pago.
 (**) Enfermedades graves como: cáncer, infarto al miocardio, insuficiencia renal o derrame cerebral. Podrás revisar el detalle en: www.segurossura.pe

COBERTURA ADICIONAL
 SEGURO ONCOLÓGICO Cobertura ilimitada para el tratamiento contra el cáncer
Cobertura a cónyuge, hijos y padres menores de 60 años de edad

RANGO DE EDADES (***)	PRIMA MENSUAL (S/.)
Menor o igual a 25 años	S/. 8
De 26 a 40 años	S/. 18
De 41 a 50 años	S/. 20
De 51 a 60 años	S/. 36
De 61 a 65 años	S/. 43

(***) La prima adicional mensual será calculada de acuerdo a la edad del cliente teniendo en cuenta los rangos de edades establecidos por Seguros SURA. Esta prima podrá variar si al momento de realizar la renovación automática mensual el cliente aumenta de edad y ésta se encuentre comprendida en el rango de edad inmediato superior al que pertenecía el cliente. Para dicho cambio, operará lo dispuesto en el artículo 13° de las Condiciones Generales. En caso la forma de pago sea a través del cargo automático, el Contratante deberá hacer llegar a Seguros SURA una nueva autorización de débito consignando el nuevo importe o cualquier dato de actualización de la cuenta donde se carga la prima.

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: _____



SEGUROS



Teléfono Domicilio:		Teléfono Laboral:		Celular:	
Correo Electrónico 01: CAS:		Correo Electrónico 02:		Código Empleado: <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.

