

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

INSCRITO EN LA PARTIDA 11169342 DEL REGISTRO DE PERSONAS JURÍDICAS

## CONDICIONES PARTICULARES

Registro SBS: (VI2057120018)

---

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: 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 : 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) : XXXXXXXX

---

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)	XXXXXX
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