

**SEGURO DE VIDA TEMPORAL EN NUEVOS SOLES
CONDICIONES PARTICULARES
(Registro SBS: XXX)**

PÓLIZA

Contratante : XXXXXXX
 Asegurado : XXXXXXX
 Código de Cliente: XXXXXXX
 Dirección : XXXXXXX
 Distrito : XXXXXXX
 Correo Electrónico: XXXXXXX

Ramo : Vida Individual Temporal
 Póliza N° : XXXXXXX
 Vigencia : XXXXXXX
 Moneda : Nuevos Soles
 Prima Anual : XXXXXXX

Aseguradora : Seguros SURA
 R.U.C. : 20463627488
 Dirección : Av. Canaval y Moreyra 522 piso 10, San Isidro, Lima.

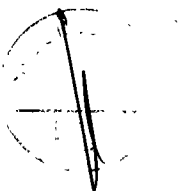
Corredor : Sin Intermediación

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 DE PERSONAS JURÍDICAS



CONDICIONES PARTICULARES

Registro SBS: (XXXXXXX)

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, en los elementos accesorios y/o complementarios, 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: TEMPORAL (T)

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
 Moneda : Nuevos Soles

Cobertura Descripción	Capital Asegurado	Tasa %	Prima Anual
Base: TEMPORAL (T)	XXXX	No aplica	XXXX
Adicional: (*)XXXXXXX	XXXX	No aplica	XXXX

Prima
 Periodicidad de pago: XXX Mensual Total Prima Anual: XXXX



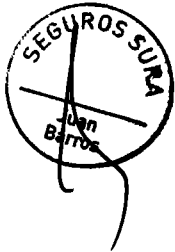
(*) Vigencia coberturas adicionales: Las Cláusulas Adicionales estarán vigentes mientras la cobertura principal esté vigente y no se haya excedido la edad máxima de permanencia indicada en las Cláusulas Adicionales.

BENEFICIARIOS Principal(es)	Apellidos y Nombres XXXXX	Relac/Asegurado XXXX	%Part. XX%
Contingente(s)	XXXXXX	XXXX	XX%
Otras Condiciones:	Deducibles, franquicias, coaseguros: No aplican.		



Firma Contratante

Firma Seguros SURA



CRONOGRAMA DE PAGOS

CONTRATANTE : XXXXXXXX
 Código : XXXXXXXX

Ramo : XXXXXXXX
 Póliza N° : XXXXXXXX
 Moneda : Nuevos Soles
 Modalidad de Pago : 12 Cuotas Mensuales

Documento : XXXXXXXX
 Número : XXXXXXXX
 Fecha : XXXXXXXX

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.

