

**SEGURO DE VIDA EN GRUPO OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES  
RENOVABLE ANUALMENTE  
"VIDA LEY"**

<b>CONDICIONES PARTICULARES</b>	
<b>1. DATOS DE LA POLIZA :</b>	
TIPO DE POLIZA	: Vida Ley (Decreto Legislativo N° 688)
CODIGO REGISTRO SBS	: VI2007310027 , adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
N° POLIZA	: 54983
MONEDA DEL CONTRATO	: SOLES
PLAZO DE CONTRATACION	: Anual
FECHA EMISION	: 02/02/2017
FECHA INICIO VIGENCIA	: 00:00 horas del 01/01/2017
FECHA FIN VIGENCIA	: 23:59 horas del 31/12/2017, renovable anualmente.
<b>2. INFORMACION DEL CONTRATANTE, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS:</b>	
CONTRATANTE	: FONDO NACIONAL DE DESARROLLO PESQUERO FONDEPES
N° RUC	: 20137921601
DIRECCION	: AV PETIT THOUARS 115 (ESQ PETIT THOUARS CON 28 DE JULIO) LIMA - LIMA - LIMA
DIRECCION ELECTRÓNICA	: BBORDA@FONDOPE.S.GOB.PE
ASEGURADOS	: Trabajadores del Contratante con mas de 4 AÑOS (Asegurados Obligatorios). El Contratante deberá presentar mensualmente una declaración de planilla con los datos de identificación de cada Trabajador Asegurado.
BENEFICIARIO	: Los establecidos en los Artículos 1°, 3° y 4° del Decreto Legislativo N° 688. El Contratante deberá requerir a cada Asegurado una declaración jurada con firma legalizada notarialmente, o por juez de paz a falta de este último, con la relación de sus beneficiarios y sus respectivos domicilios, en estricta observancia del orden establecido en las normas citadas. <b>Cualquier designación distinta se tendrá por no puesta.</b>
<b>3. PRIMA COMERCIAL (PRIMA COLECTIVA):</b>	
MONTO	: Resultado de multiplicar la "Tasa Neta" a la "Base de Cálculo", más IGV. El monto de la prima incluye la comisión (o cargos por la comercialización) que se indica en el acápite 5 de las presentes Condiciones Particulares, en caso corresponda.
FRECUENCIA DE PAGO	: MENSUAL
FORMA PAGO	: Contado
LUGAR DE PAGO	: Domicilio contractual de la Compañía / Cuentas Bancarias

OPORTUNIDAD DE PAGO	:	Último día hábil del primer mes del periodo de pago (frecuencia) elegida por el Contratante. La Compañía enviará la liquidación de prima dentro de los cinco (5) días siguientes de recibida la declaración de planilla. <b>La falta de presentación de la declaración de planilla constituye un incumplimiento en el pago de la prima.</b>
BASE DE CALCULO	:	Remuneraciones Mensuales Asegurables correspondientes a los Trabajadores Asegurados incluidos en la declaración de planillas, según la definición contenida en el Condicionado General y lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 688.
TASA NETA	:	
* Empleados	:	1.00 % de la Remuneración Asegurada Declarada

#### 4. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Muerte Natural	16 Remuneraciones mensuales asegurables (*)
Muerte Accidental	32 Remuneraciones mensuales asegurables (*)
Invalidez Total y Permanente por Accidente	32 Remuneraciones mensuales asegurables (*)

(\*) La remuneración mensual asegurable se calcula de conformidad con lo dispuesto en las Cláusulas Primera y Novena del Condicionado General y en el Decreto Legislativo N° 688.

#### 5. INTERMEDIACIÓN:

NOMBRE	:	MARSH REHDER
REGISTRO	:	J0045
COMISION	:	19.00 %

El Pacifico Vida Compañía de Seguros y Reaseguros, denominada en adelante la Compañía; con R.U.C. N° 20332970411; con dirección física en Av. Juan de Arona 830, piso 5; con dirección electrónica en [serviciovidagrupo@grupopacifico.com.pe](mailto:serviciovidagrupo@grupopacifico.com.pe); con teléfono 5184500 y fax 51845693; de acuerdo con lo establecido en la presente póliza asegurará a cada una de las personas del grupo asegurado durante la vigencia de la misma.

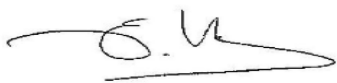
**PACIFICO SEGUROS DE VIDA NO AUTORIZA A SU PERSONAL A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO EN FORMA PERSONAL.** En este sentido, no se hace responsable por cualquier monto entregado a funcionarios, empleados, asesores de la Compañía, cualquiera sea la modalidad de pago elegida. En tal sentido, Pacífico Seguros de Vida no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el cliente decida entregar al consultor o cualquier funcionario de la Compañía a pesar de conocer esta prohibición.

La presente póliza no contempla deducibles, franquicias, copagos o coaseguros, ni conceptos similares a cargo del Contratante y/o Asegurado.

Toda omisión, simulación, o falsedad en las declaraciones que haga el Asegurado y/o Contratante en la Solicitud respectiva y que obedezca a dolo o culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato y, en consecuencia, toda obligación de la Compañía, de acuerdo al artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro – Ley N° 29946.

EN FE DE LO CUAL, la presente ha sido firmada por el Contratante y los funcionarios de la Compañía, debidamente autorizados para ello.

Lima, 2 de Febrero de 2017.



Eduardo Miyahira  
Gerente de Operaciones



Angel Armijo H.  
Gerente Comercial  
Seguros Corporativos

**Contratante**

***IMPORTANTE: El presente documento deberá ser devuelto a la Compañía firmado por el Contratante***

OJIMENEZ