## POLIZA DE SEGURO DE VIDA FLEXIBLE

## Seguro de Vida con Fondos de Ahorro Financiero Plus

Resolución Administrativa APS-DJ/DS/N°1401/2023 de Fecha 01 de Noviembre 2023  
Código 206-934125-2023 10 099

## CONDICIONES PARTICULARES

**Nacional Seguros Vida y Salud S.A.**, en adelante denominada “La Compañía”, en virtud de la solicitud formulada por el Contratante, la que constituye base y forma parte integrante del presente Contrato, emite esta Póliza de acuerdo a las Condiciones Generales y las Particulares que se estipulan a continuación:

Se deja claramente establecido que lo contenido en estas Condiciones Particulares, solo podrá ser modificado mediante consentimiento escrito de las partes, no así de forma unilateral, observando las leyes y regulaciones vigentes que se pudieran aplicar.

|  |
| --- |
| **Datos de la Póliza** |

Póliza Nro.:…………………………….............................. Fecha de inicio de vigencia: …../…./……..

Fecha fin de vigencia: …../…./……..

|  |
| --- |
| **Datos del Contratante** |

Contratante: ………………………………………………………………………………..

Domicilio:……………………………………………………………CI/NIT:…………Exp.:….

Teléfono:………………………….e-mail:………………………..……………………………

|  |
| --- |
| **Datos del Asegurado** |

Asegurado: ………………………………………………………………………………………….

Fecha de nacimiento: …………………………………... Sexo: ……………………………….

Estado Civil:. ………………………….............................. Profesión: ………………………….

Domicilio: ……………………………………………………CI/NIT: …………………………….

Teléfono: …………………………. e-mail:…………………………………………………………

**Forma de Pago:** …………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Datos del Seguro** |

**Coberturas**

Protección en Caso de Supervivencia ………. Moneda: [Dólares; Bolivianos]

Indemnización Pagadera a los Beneficiarios en Caso de Fallecimiento……………….. Moneda: [Dólares; Bolivianos]

Plan:………………………………………………… Capital asegurado: ………………….……….. Moneda: [Dólares; Bolivianos]

|  |  |
| --- | --- |
| Opción de beneficio (A/B): |  |
| Edad de fin de póliza: |  |
| Tasa de interés anual garantizada: |  |
| Factor de Participación: |  |
| Factor B |  |
| Prima Inicial: |  |
| Prima periódica: |  |
| Importe (Prima periódica): |  |
| Modalidad de Pago (Frecuencia Prima periódica): |  |
| Edad de finalización de Pago (Periodo de Pago prima periódica): |  |
| Plazo mínimo para solicitud del rescate (meses): |  |
| Plazo mínimo para retiros parciales (meses): |  |
| Derecho de retiro parcial: |  |
| Retiro parcial mínimo: |  |
| Número máximo de retiros parciales por año póliza: |  |
| Cargos de Emisión: |  |
| Número de meses en que se fracciona el cargo de emisión: |  |
| Aporte APS |  |
| Cargo mensual por asistencias |  |

Tabla - Cargo por Rescisión:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Año** | **Cargo Inicial** | **Cargo Máximo:** |
| **1** | % | 100% |
| **2** | % | 100% |
| **…** | % | 100% |

Tabla - Cargo Mensual Operativo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Año** | **Cargo Inicial** | **Cargo Máximo:** |
| **1** | % | % |
| **2** | % | % |
| **…** | % | % |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Coberturas Complementarias** | Vigencia Inicial | Vigencia Final |
| Indemnización Adicional por muerte por Accidente.  Indemnización por Accidente. Indemnización por Accidente: Cobertura Amplia.  Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente  Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Enfermedades Graves  Beneficio en Caso Invalidez Total y Permanente: Exención del pago de la prima periódica planeada  Renta Mensual por Incapacidad Total y Permanente  Otras que en el futuro hayan sido registradas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS. |  |  |

|  |
| --- |
| **Beneficiarios y Distribución de los beneficios** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo | Nombre y Apellido | Parentesco | Fecha de Nacimiento | Porcentaje de participación |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Opción del Pago del Beneficio por Fallecimiento:

🞏Pago Único.

🞏Renta Periódica: Frecuencia: ………………………Plazo: ………………….

🞏Renta Vitalicia:

🞏Renta Vitalicia con periodo garantizado: Periodo de Garantía: …………. Años: ………………….

FORMAN PARTE de este Contrato, la Solicitud, la Declaración de Salud y/o el Examen Médico, los Anexos, las Condiciones Generales, Particulares y Especiales que figuran en las siguientes páginas, en testimonio de lo cual se ha dispuesto la emisión de esta Póliza.

Se consideran aceptadas las estipulaciones de esta Póliza si dentro del plazo de los quince (15) días siguientes a su recepción, el Asegurado no solicita cualquier rectificación o modificación por escrito, conforme al Artículo 1013 del Código de Comercio.

[Regional] , [Día] de [Mes] de [Año]

FIRMAS AUTORIZADAS

ASEGURADO