

SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO SALUD**NÚMERO DE PÓLIZA :** 7021310121286**RECIBO :** 138035895**CONDICIONES PARTICULARES**

Contratante : ALICORP SAA
RUC : 20100055237
Dirección Principal : ARGENTINA NRO 4793
Actividad : 311501 - ELAB.GRASAS,ACEITE NO COME.
Colectivo Asegurado : TRABAJADORES DECLARADOS POR EL CONTRATANTE

Inicio de Vigencia	: 01/10/2022	Vencimiento	: 01/10/2023
Inicio de Vigencia Aplicación	: 01/01/2023	Vencimiento de Aplicación	: 31/01/2023
Forma de Pago	: MENSUAL	Último día de Pago	: 27/01/2023
Moneda	: SOLES		
Fecha de Emisión	: 17/01/2023		

IMPORTE DE LA DECLARACIÓN

Categoría	Nro.Aseg.	Monto Base	Tasa	Prima Resultante
TRABAJADORES ALTO RIESGO	2,512	10739830.94	0.32	34,367.46

Prima Comercial : 34,367.46**Prima Comercial + IGV :** 40,553.60

El presente documento no constituye un comprobante de pago.

Instrucciones de pago:

Todas las primas correspondientes a esta póliza deberán pagarse por adelantado directamente en nuestras oficinas o en las agencias de los bancos.(Pago en bancos al día siguiente de generado el recibo).

Bancos: BCP, SCOTIABANK, INTERBANK, BBVA CONTINENTAL

Para efectuar el pago en ventanilla del banco, el Cliente deberá indicar que va a realizar un pago a la Cuenta "MAPFRE SOLES" y brindar su número de RUC y Recibo como contratante de la Póliza.