

Señor(a).-
Vitapro Sa
Av Argentina Nro 4793 Urb Reynoso
Carmen De La Legua Reynoso-Callao
Póliza N°: 11401151-62398349
Fecha de vigencia: 01/11/2023 - 31/10/2024
Agente: Witt S.A Corredores De Seguros

Estimado(a)

Queremos felicitarlo por tener el SEGURO DE SALUD GRUPAL EMPRESAS y agradecemos su preferencia por Pacífico Seguros. Sabe que ante cualquier eventualidad o situación inesperada puede estar tranquilo porque cuenta con nosotros.

Le recordamos que es importante que lea detenidamente su póliza, donde encontrará todos los detalles sobre sus coberturas y/o exclusiones y gastos no cubiertos.

Si tiene alguna duda o requiere información adicional acerca de su seguro, puede ingresar a nuestra página web www.pacificoseguros.com.pe o comunicarse con nuestra Central de Información y Ventas al (01) 513-5000 desde Lima y provincias.

Nos despedimos renovando nuestro compromiso de trabajar siempre a su lado para brindarle el servicio que usted y su familia merecen, ayudándolos a que vivan tranquilos, vivan Pacífico.

Cordialmente,



Jorge Gomez
Gerencia Técnica de Salud.

Cliente

Póliza : 11401151 - 62398349 **SEGURO DE SALUD GRUPAL**
Vigencia : 01/03/2024 - 31/03/2024 **EMPRESAS**
Cliente : VITAPRO SA 600069347
R.U.C. N° : 20555271566 **Teléfono** : 2312222
Dirección : AV ARGENTINA NRO 4793 URB REYNOSO
Localidad : CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO CALLAO CALLAO
Asegurado : SEGUN RELACION
Agente : WITT S.A CORREDORES DE SEGUROS 0402916
Dirección : CALLE LAS CAMELIAS NRO 781
Localidad : SAN ISIDRO LIMA LIMA
Teléfono : **R.N.P. J0170**

Conceptos	Importe
PRIMA COMERCIAL	413.13
INTERESES	0.00
I.G.V.	74.36
S/.	487.49

FORMA DE PAGO
< X - Contado Sin Cupon >

S61530

Emitido el 13 de Marzo del 2024

La factura se emitirá al momento del pago correspondiente.

Emisor : S61530

85575033

AVISCOBP

Cliente

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

Conste por el presente documento el convenio de pago de primas de seguro que celebran de una parte **PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS**, con R.U.C. N° 20332970411, con domicilio en la Av. Juan de Arona N° 830, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima, a quien en adelante se le denominará LA COMPAÑÍA; y de la otra parte, **VITAPRO SA**, identificado con el R.U.C. N° 20555271566, con domicilio en AV ARGENTINA NRO 4793 URB REYNOSO, distrito de CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO, provincia de CALLAO y departamento de CALLAO, a quien en adelante se le denominará el CONTRATANTE y/o ASEGURADO; en los términos y según las condiciones que obran en las cláusulas siguientes:

PRIMERO

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO contrató con LA COMPAÑÍA, una póliza de seguro de Seguro De Salud Grupal Empresas N° 11401151, con vigencia del 01/03/2024 al 31/03/2024 para cubrirse contra los riesgos señalados en las Condiciones Particulares de la mencionada póliza.

SEGUNDO

Es obligación del CONTRATANTE y/o ASEGURADO pagar la prima en la forma y plazos convenidos en este documento.

TERCERO

Por el presente las partes acuerdan que la forma de pago de la prima del seguro contratado se pagará de la siguiente manera:

Forma de pago: Al contado**Emisión : 13/03/2024****Plan de Pago : X - Contado Sin Cupon****Moneda : Soles (S/)****Canal : CORPORATIVO****Cronograma de Pago****Seguro De Salud Grupal Empresas - Póliza N° 11401151**

Orden	Fec. Vcto.	Cod. Cuota	Monto a Pagar
1/01	31/03/2024	105633968	487.49
Monto total a pagar :			487.49
Tasa de costo efectivo anual :			0.00 %

CUARTO

4.1 El pago de las cuotas, para que tenga validez, podrá ser efectuado únicamente en los siguientes lugares:

- Nuestras oficinas a nivel nacional.
- Ventanillas y páginas web de los bancos BCP, BBVA Continental, Scotiabank, e Interbank.
- Agentes BCP (sólo para pólizas de seguros emitidas en nuevos soles).

4.2 Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá pagar autorizando al débito automático en cuentas de los bancos: BCP, BBVA Continental, Scotiabank, Interbank, así como con tarjetas de crédito Visa, Mastercard o American Express, para lo cual se podrá suscribir la respectiva autorización de afiliación por el titular de la cuenta y/o tarjeta de crédito y/o débito.

QUINTO

5.1 La prima de seguro tiene por objeto garantizar el cumplimiento de las obligaciones con el CONTRATANTE y/o ASEGURADO derivadas de las coberturas contenidas en la Póliza, durante el plazo de vigencia de la misma, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma establecidas en el presente Convenio de Pago.

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

5.2 EI CONTRATANTE y/o ASEGURADO, declaran conocer que en caso no cumplan con la obligación de pago de la prima al vencimiento del plazo convenido en el presente convenio, la cobertura del seguro se suspenderá automáticamente una vez transcurrido treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación.

Para dicho efecto, las partes acuerdan que será considerada cierta la comunicación escrita que realice LA COMPAÑÍA al CONTRATANTE y/o ASEGURADO por correo electrónico en donde comunique el incumplimiento del pago de la prima indicando la fecha del vencimiento de la prima y sus consecuencias, así como el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

5.3 En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará al CONTRATANTE y/o ASEGURADO con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.

5.4 Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa(90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato de seguro quedará extinguido en dicho plazo.

SEXTO

El presente convenio de pagos forma parte integrante de la póliza de seguros, en caso de acuerdo entre las partes, se podrían modificar las primas, las cuales deberán generar un nuevo cronograma de pago con los nuevos montos y/o plazos.

SETIMO

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N°29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

OCTAVO

En todo lo no establecido en el presente convenio le será de aplicación las normas vigentes de la Ley N° 26702 - Ley General: Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, la Ley N° 29946 - Ley del Contrato de Seguro, la Ley N° 29571 - que aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor; y el Reglamento de Pago de Primas aprobado por la SBS vigente a la fecha de suscripción del presente documento.

Fecha : 13/03/2024
Usuario : weblogic

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

En señal de conformidad, la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO suscriben el presente documento, a los 13 días del mes de Marzo de 2024.

El Asegurado y/o Contratante

R.U.C:

Firma:

Nombre:

Pacifico Seguros

20332970411

Firma:



Nombre: PEDRO TRAVEZAN

Gerente Gerencia Central de Administracion y Finanzas

01:34:00 PM

COMPOSICION DE GRUPO MARZO 2024

Fecha....: 13/03/24
Hora.....: 01:34:03 PM
Página...: 1 de 1
Reporte.: COMPGRPO
Usuario.: SPOOL

POLIZA 11401151**INICIO** 01/11/2023**CLIENTE** VITAPRO SA**AGENTE** WITT S.A CORREDORES DE SEGUROS**MONEDA :** NUEVOS SOLES**PLAN B (ADM)**

CONFIGURACION FAMILIAR/ TIPO DE ASEGURADO	CANTIDAD ASEGURADOS	CANTIDAD CERTIFICADO	IMPORTE TARIFAS	PRIMA TOTAL SIN IMPUESTOS
TITULAR SOLO	5	5	26.16	130.80
TOTALES PLAN B (ADM)	:	5	5	130.80

PLAN D (ADM)

CONFIGURACION FAMILIAR/ TIPO DE ASEGURADO	CANTIDAD ASEGURADOS	CANTIDAD CERTIFICADO	IMPORTE TARIFAS	PRIMA TOTAL SIN IMPUESTOS
TITULAR SOLO	5	5	54.06	270.30
TOTALES PLAN D (ADM)	:	5	5	270.30

TOTALES POLIZA No 11401151	:	10	10	401.10
-----------------------------------	----------	-----------	-----------	---------------

COD.SBS.: AE0446400044

RELACION DE ASEGURADOS TITULARES**MARZO 2024**

Fecha....: 13/03/24
Hora.....: 01:34:05 PM
Página....: 1 de 1
Reporte..: LISASTIT
Usuario..: SPOOL

POLIZA 11401151
CLIENTE VITAPRO SA

AGENTE WITT S.A CORREDORES DE SEGUROS
MONEDA NUEVOS SOLES

Certif	Plan	Nombre	Observ.	Prima	Configur.Familiar
89	PLAN D (ADM)	HERRERA RIOS, CESAR ALEXANDER		54.06	TITULAR SOLO
120	PLAN B (ADM)	MALPARTIDA BARDALEZ, GUILLERMO A		26.16	TITULAR SOLO
111	PLAN D (ADM)	MENDOCILLA MARCOS, EBERTH EMANU		54.06	TITULAR SOLO
115	PLAN B (ADM)	MORILLO VASQUEZ, DANFER HAROLD		26.16	TITULAR SOLO
105	PLAN D (ADM)	PIÑELLA VELIZ, MANUEL ANTONIO		54.06	TITULAR SOLO
114	PLAN D (ADM)	ROMERO SAAVEDRA, JOHSLYN YOSEF		54.06	TITULAR SOLO
119	PLAN B (ADM)	RUIZ RODRIGUEZ, ALEJANDRA VERENIS		26.16	TITULAR SOLO
117	PLAN B (ADM)	SANCHEZ PANANA, LUIS ALEJANDRO		26.16	TITULAR SOLO
118	PLAN B (ADM)	TRIGOZO ELGUERA, ADRIAN JOSE		26.16	TITULAR SOLO
103	PLAN D (ADM)	VARGAS MARTINEZ, SEBASTIAN GUSTA'		54.06	TITULAR SOLO
TOTALES DE LA POLIZA 10 ASEGURADOS				401.10	10 CERTIFICADOS

MOVIMIENTOS DE RENOVACION (INCLUSIONES/EXCLUSIONES
POST FACTURACION

Fecha....: 13/03/2024
Hora.....: 01:34:08 PM
Página...: 001 de 001
Prog.....: REMOVEND
Usuario...: SPOOL

PRODUCTO :	SEGURO DE SALUD GRUPAL EMPRESAS	POLIZA NRO. :	11401151
VIGENCIA FACTURADA DEL :	01/03/2024 AL 31/03/2024	MONEDA	NUEVOS SOLES
CLIENTE :	VITAPRO SA	RENOVACION N°	62398349
AGENTE :	WITT S.A CORREDORES DE SEGUROS		

LOS SIGUIENTES MOVIMIENTOS SON LOS CONSIDERADOS EN LA FACTURACION DE LA RENOVACION ARRIBA INDICADA.

* INCLUSIONES *	PARENTESCO	CERTIF.	PLAN	EFFECTIVIDAD	PRIMA
TOTAL INCLUSIONES :					0.00
* REHABILITACIONES	PARENTESCO	CERTIF.	PLAN	EFFECTIVIDAD	PRIMA
TOTAL REHABILITACIONES :					0.00
* EXCLUSIONES *	PARENTESCO	CERTIF.	PLAN	EFFECTIVIDAD	PRIMA
TOTAL EXCLUSIONES :					0.00
* RECARGOS / DESCUENTOS	* PARENTESCO	CERTIF.	PLAN	EFFECTIVIDAD	PRIMA
TOTAL RECARGOS/DESCUENTOS :					0.00
INCLUSIONES					0.00
REHABILITACIONES					0.00
EXCLUSIONES					0.00
RECARGOS/DESCUENTOS :					0.00
* TOTAL *					0.00

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA, A EXCEPCION DE LO EXPRESAMENTE INDICADO EN EL PRESENTE DOCUMENTO, QUEDAN INALTERABLES.
QUEDA ANOTADO EN LOS REGISTROS DE LA COMPAÑIA.

Lima, 13 de Marzo del 2024


LUCIANO BEDOYA
GERENTE DIVISION SG


JORGE GOMEZ
GERENTE SUSCRIPCION

Póliza SECO - 11401151

Cliente : VITAPRO SA

- R.U.C. : 20555271566
- **OBJETO SOCIAL** : 1080 - ELABORACION DE PIENSOS PREPARADOS PARA ANIMALES

R.N.P.: J0170 CORREDOR: WITT S.A CORREDORES DE SEGUROS

La prima comercial incluye:

Comisión por Intermediación	S/.	0.00
Comisión por Promotores de Seguros	S/.	0.00
Comisión por Comercialización	S/.	0.00

Medios de Comunicación acordados: Los indicados en la solicitud de seguro.