

**PÓLIZA SIMPLIFICADA
MICROSEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES FAMILIA PROTEGIDA**

MICROSEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES FAMILIA PROTEGIDA

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante la Compañía), con R.U.C. N°20332970411, Av. Juan de Arona N° 830, San Isidro, con teléfono 513-5000, emite la presente póliza simplificada conforme a los siguientes términos y condiciones:

DATOS DEL CONTRATANTE:

Nombres y Apellidos: XXXX DNI: XXXX
Fecha de nacimiento: XXXX Teléfono: XXXX
Dirección: XXXX Distrito: XXXX
Provincia: XXXX Departamento: XXXX
Correo Electrónico: XXXX

DATOS DEL ASEGURADO: (LLENAR SOLO CUANDO ES PERSONA DISTINTA AL CONTRATANTE)

Nombres y Apellidos: XXXX DNI: XXXX
Fecha de nacimiento: XXXX Teléfono: XXXX
Dirección: XXXX Distrito: XXXX
Provincia: XXXX Departamento: XXXX
Correo Electrónico: XXXX

DATOS DEL CONYUGE O CONVIVIENTE ASEGURADO: (Completar sólo cuando se adquiera un plan con coberturas para el cónyuge o conviviente) Nombres y Apellidos: XXXX DNI: XXXX

Fecha de nacimiento: XXXX Teléfono: XXXX
Dirección: XXXX Distrito: XXXX
Provincia: XXXX Departamento:
XXXX Correo Eléctrico: XXXX

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS:

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

	Nombres y Apellidos	Parentesco	Porcentaje %
--	----------------------------	-------------------	---------------------

1

2

3

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE ASEGURADO
Nombres y Apellidos Parentesco Porcentaje %

1

2

3

En caso no se consigne porcentajes o la suma de los mismos sea distinta a 100%, la suma asegurada que corresponda será dividida en partes iguales. Si no llenó el recuadro o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se registrará como beneficiarios a los herederos del Asegurado o del Cónyuge Asegurado, según corresponda en el orden legal establecido y en partes iguales.

En caso el plan de seguro contratado incluya las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Renta Hospitalaria por Accidente, se considerará como beneficiario al propio Asegurado o Cónyuge Asegurado, según corresponda. En caso de impedimento de éste, el beneficio será entregado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA:

Mínima: XXXX Máxima : XXXX

Límite de Permanencia: XXXX

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Cobertura Básica:

Muerte por Accidente del ASEGURADO: XXXXXXXXX

Coberturas Adicionales (*):

Invalidez Total y Permanente por Accidente del ASEGURADO: XXXXXXXXX

Muerte por Accidente de Tránsito del ASEGURADO: XXXXXXXXXXXXX

Muerte por accidentes en transporte aéreo del ASEGURADO: XXXXXXX

Muerte por Accidente del (la) Cónyuge o Conviviente: XXXXXX

Gastos de Sepelio por accidente: XXXXXXX

Desamparo Súbito Familiar: XXXXXXX

Renta por Hospitalización por accidente: XXXXXX

(*) Las coberturas adicionales que se aplicarán son las que consten en la póliza simplificada que se le entrega al Asegurado. No necesariamente son todas las señaladas precedentemente.

PRIMA DEL SEGURO:

PRIMA TOTAL

(prima comercial e impuestos) «Moneda»« X.XXX»

FRECUENCIA: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX».

OPORTUNIDAD Y FORMA DE PAGO: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX».

El incumplimiento de pago de la prima determinará la suspensión automática de la cobertura. El Contratante podrá rehabilitar la cobertura a partir de las 00:00 del día siguiente de efectuado el pago total de la prima adeudada, salvo que se acuerde que no hay obligación de pagar la prima adeudada lo que debe constar por escrito en esta póliza.

En todo caso, si no se regulariza el pago de prima dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de vencimiento para el pago de la prima, el contrato de seguro se resolverá automáticamente.

VIGENCIA DEL SEGURO:

Fecha de Inicio de Vigencia: XXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha de Fin de Vigencia: XXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha de Emisión: Es la fecha en la que el Contratante y el Asegurado suscriben la presente póliza simplificada.

COMERCIALIZADOR / INTERMEDIARIO:

Denominación:

R.U.C. N°:

Teléfono:

Comisión:

Dirección Física:

Correo Electrónico:

La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado por la cobertura contratada, así como por todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado mediante Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Contratante, el Asegurado o los beneficiarios al Comercializador con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

- Para la cobertura de Muerte por Accidente: Se otorgará un pago indemnizatorio hasta la suma asegurada o mediante una renta hasta consumir la suma asegurada, según se establezca en la Póliza.

- Para las demás coberturas: Se indemnizará en dinero hasta por el monto de la suma asegurada.

EXCLUSIONES:

La COMPAÑÍA no pagará la indemnización prevista en esta Póliza, cuando los siniestros ocurran como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Guerra, rebelión, revolución o golpe de estado y radiación nuclear.
- b) Huelga, motín y conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.

- c) Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos, subversivos o terroristas, o en actos violatorios de leyes.
- d) Suicidio o lesiones inferidas al ASEGURADO por sí mismo o por un tercero con su consentimiento.
- e) Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el BENEFICIARIO o heredero, dejando a salvo el derecho de los demás herederos legales si los hubiera.
- f) Accidentes bajo los efectos del alcohol y/o drogas.

Cuando se otorgue la cobertura de Renta por Hospitalización por Accidente, adicionalmente se aplicarán las siguientes exclusiones:

- g) Hospitalización para el tratamiento a la adicción de drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesario como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la póliza.
- h) Exámenes de rutina, curas de reposo, embarazo, parto, aborto o cualquier complicación surgida a causa de estos hechos.
- i) Anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan de éstas o se relacione directamente con ellas.
- j) Tratamiento de obesidad, mórbida, reducción de peso, VIH / SIDA.
- k) Condiciones de preexistencias. Ver definición de preexistencia.
- l) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

IMPORTANTE:

1. Las comunicaciones, solicitudes de cobertura y pagos efectuados al comercializador de la presente póliza, por las coberturas otorgadas, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a PACIFICO SEGUROS. Se entiende que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por la Compañía de Seguros.
2. No pueden ser aseguradas las personas afectadas de las siguientes incapacidades físicas graves: ceguera, sordera, parálisis, apoplejía o incapacidad mental.
3. Es requisito para contratar este seguro que el solicitante no exceda la edad límite de ingreso señalada en la Póliza y que cumpla con los requisitos para ser ASEGURADO.
4. La firma de la presente póliza valida toda la información proporcionada. El ASEGURADO declara que todas las respuestas son verídicas y completas y manifiesta de manera clara y voluntaria su intención de contratar el seguro y pagar las primas correspondientes. Asimismo, el ASEGURADO declara estar en buen estado de salud y que es de su conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad hecha con dolo o culpa inexcusable determina la nulidad del contrato del seguro y en consecuencia toda obligación de la COMPAÑÍA.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN PACTADOS:

Escritas (físicas o mediante correo electrónico) ó telefónicas.

II.- CONDICIONES GENERALES:

Artículo 1°.- DEFINICIONES IMPORTANTES:

- **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento que afecte el organismo del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, vértigo, síncope, desvanecimientos o sonambulismos que sufra el ASEGURADO.
- **Beneficiario:** Es la persona natural designada por el ASEGURADO en la Póliza para recibir los beneficios de la presente Póliza, salvo para las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Renta por Hospitalización por Accidente, en las cuales el mismo ASEGURADO será el Beneficiario.
- **Exclusiones:** Son las condiciones detalladas en la Póliza, no cubiertas por este seguro.
- **Invalidez:** Es la pérdida anatómica total o pérdida total y definitiva de la función del órgano o miembro lesionado, como consecuencia del accidente cubierto por la póliza y que se dictamina dentro del período no menor a los seis meses ni posterior a los 12 meses de la fecha del accidente.
- **Prima del Seguro:** Es el costo del seguro determinado por la Compañía, el cual debe ser pagado como requisito para gozar de las coberturas y está constituido por la prima comercial e impuestos.
- **Prima Comercial:** Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo, cargos de agenciamiento por la contratación de comercializadores y el beneficio comercial de la Compañía.
- **Siniestro:** Suceso que obliga a la COMPAÑÍA a pagar la indemnización correspondiente de acuerdo al tipo de cobertura.
- **Preexistencia:** Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud o enfermedad diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud y/o solicitud de seguro.

Artículo 2°.- DESCRIPCION DEL SEGURO Y COBERTURAS:

Sujeto a los términos y condiciones señalados en la Póliza, y que el ASEGURADO se encuentre al día en el pago de la prima, la COMPAÑÍA pagará al BENEFICIARIO la indemnización hasta por el monto de la suma asegurada establecida en la Póliza, en caso el ASEGURADO sufra un siniestro por la ocurrencia de los siguientes riesgos, siempre que ocurra en el territorio nacional y que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro. El ASEGURADO se encontrará cubierto dependiendo de las coberturas que haya contratado, las que se señalarán expresamente en su Póliza; el mismo que estará destinado a otorgar alguna de las siguientes coberturas:

- a) MUERTE POR ACCIDENTE DEL ASEGURADO: (COBERTURA BASICA) Cubre la muerte accidental del ASEGURADO siempre que ésta ocurra dentro de noventa (90) días de ocurrido el accidente y siempre y cuando sea consecuencia directa del mismo.
- b) INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DEL ASEGURADO: (COBERTURA OPCIONAL) Cubre la Invalidez Total y Permanente, debidamente acreditada con los documentos señalados en la Póliza. Se considera una Invalidez Total y Permanente, únicamente a los siguientes diagnósticos:
- Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permita al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
 - Fractura incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente.
 - Pérdida total de la visión en ambos ojos o de ambos miembros oculares.
 - Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos.
 - Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.
 - Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna.
 - Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.
- Por pérdida completa se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.
- c) MUERTE POR ACCIDENTE DE TRANSITO DEL ASEGURADO: (COBERTURA OPCIONAL) Cubre el fallecimiento por causa de un evento súbito, imprevisto y violento en el que participa un vehículo automotor en marcha o reposo en la vía de uso público, causando la muerte del ASEGURADO, sea ocupante o un tercero no ocupante del vehículo, que puede ser determinado de manera cierta.
- d) MUERTE POR ACCIDENTE EN TRANSPORTE AEREO: (COBERTURA OPCIONAL) Cubre el fallecimiento por causa de un evento súbito, imprevisto y violento en el que participa un vehículo de transporte aéreo donde participa una aeronave autorizada por la autoridad competente para efectuar transporte público.
- e) MUERTE POR ACCIDENTE DEL (LA) CÓNYUGE O CONVIVIENTE: (COBERTURA OPCIONAL) Cubre el fallecimiento por causa de un accidente. Aplica las mismas condiciones que las establecidas para el fallecimiento por accidente del ASEGURADO.
- f) GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE: (COBERTURA OPCIONAL) Cubre los gastos efectuados por el funeral, a reembolso, o en la forma y hasta los límites señalados en la Póliza, siempre que el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza, previa presentación de los documentos correspondientes. (No tiene cobertura el fallecimiento por causas naturales).
- g) DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR: (COBERTURA OPCIONAL) Cubre el fallecimiento del ASEGURADO y de su Cónyuge o Conviviente declarado(a) en la Póliza, en un mismo accidente.
- h) RENTA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE: (COBERTURA OPCIONAL) Cubre cada día de internamiento del ASEGURADO superior a 24 horas en una Institución Hospitalaria, hasta el máximo de los días señalados en la Póliza, por año (los días variarán de acuerdo al monto tope de la suma asegurada), sin considerar

convalecencia, si como consecuencia de un accidente sea necesario la hospitalización del ASEGURADO, debidamente certificada por un médico, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO. No se consideran las instituciones mentales o utilizadas para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas así como los institutos o sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.

Un mismo accidente no podrá dar derecho acumulativamente a dos indemnizaciones por cualquiera de los riesgos señalados. Si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, la COMPAÑÍA deducirá de la suma asegurada por Muerte, la indemnización pagada por la cobertura de invalidez. Si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente distinto al ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, el ASEGURADO no tendrá derecho a la cobertura de muerte accidental dado que el contrato habrá terminado al pago de la indemnización por Invalidez Total y Permanente.

Artículo 3°.- INICIO DE VIGENCIA Y PLAZO:

La cobertura del seguro se inicia en la fecha de inicio señalada en la Póliza, siempre que la COMPAÑÍA la haya aceptado, el ASEGURADO y/o CONTRATANTE la hubiese firmado en señal de conformidad y hubiese efectuado el pago de la prima correspondiente. En los casos en que este seguro esté asociado a un crédito otorgable por la entidad que actúa como comercializador, queda establecido que el seguro iniciará en la fecha de aprobación del crédito, independientemente de que la Póliza haya sido emitida.

El plazo de vigencia es el establecido en la Póliza, y no se renovará automáticamente, salvo que se establezca lo contrario y así conste en la Póliza.

En el caso que se establezca en la Póliza el pago de la prima en cuotas, el seguro se mantendrá vigente en tanto el ASEGURADO se encuentre al día en el pago de las primas.

Artículo 4°.- PRIMA:

El monto de la prima y su forma de pago, será establecido por la COMPAÑÍA en la Póliza, de acuerdo a las coberturas contratadas por el ASEGURADO.

Artículo 5°.- FORMA DE PAGO:

El pago de la prima a que se refiere el artículo anterior podrá realizarse en efectivo, con cargo en cuenta, con tarjeta de crédito, incorporado en la cuota de un crédito o en cualquier otra forma de pago aceptada por LA COMPAÑÍA, según se establezca en la Póliza.

Artículo 6°.- TERMINO DE LA COBERTURA:

El término de la cobertura se producirá el día en que ocurra el primero de los siguientes hechos:

- a) Fallecimiento del ASEGURADO.
- b) Pago del 100% de las coberturas contratadas.
- c) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- d) Al vencimiento del plazo establecido en la Póliza.

e) Por falta de pago de la prima.

La terminación de la cobertura dará como consecuencia que la COMPAÑÍA dejará de ser responsable de pagar las indemnizaciones establecidas en la Póliza.

Artículo 7°.- RESOLUCION Y NULIDAD DEL CONTRATO:

El contrato de seguro se resolverá cuando ocurra alguno de los siguientes hechos:

a) Solicitud expresa del ASEGURADO, la cual debe comunicarse con treinta (30) días calendario de anticipación, por cualquier medio escrito, incluido correo electrónico. La COMPAÑÍA devolverá la prima que hubiese recibido por el periodo no devengado de cobertura.

b) Por falta de pago de la prima en la forma y/o en las fechas establecidas en la Póliza.

El contrato de seguro será nulo por dolo o fraude del CONTRATANTE y/o ASEGURADO ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

El contrato de seguro será nulo automáticamente, por dolo o fraude del CONTRATANTE y/o ASEGURADO ocurrido al inicio de la contratación del seguro, en cuyo caso no existirá obligación de la COMPAÑÍA de devolver las primas recibidas.

La resolución y la nulidad del contrato darán como consecuencia que la COMPAÑÍA dejará de ser responsable de pagar las indemnizaciones establecidas en la Póliza.

Artículo 8° RESOLUCIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO:

En el caso que se haya pactado el pago fraccionado de la prima (en cuotas), este seguro terminará automáticamente a los noventa (90) días calendario de producido el incumplimiento en el pago de la prima, no teniendo la COMPAÑÍA responsabilidad por los siniestros ocurridos a partir de la fecha en que se produjo la mora en el pago de la misma, al haberse suspendido la cobertura por faltar de pago en los términos establecidos en la Póliza.

Artículo 9°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

Ante la ocurrencia del siniestro, el ASEGURADO o su Beneficiario, está en la obligación de comunicar el siniestro por escrito de manera inmediata al Comercializador, quien tramitará el pago de la indemnización correspondiente ante la COMPAÑÍA. Dicha comunicación tendrá el mismo efecto que si hubiera sido presentada ante la COMPAÑÍA. Asimismo El ASEGURADO o su Beneficiario podrá presentar la solicitud de reclamo escrita directamente a la COMPAÑÍA. Dicha comunicación escrita podrá ser efectuada mediante carta, fax o correo electrónico, dirigidas al domicilio de la del Comercializador, debiendo adjuntar los siguientes documentos, en original o certificado de reproducción notarial (antes copia legalizada), según corresponda:

9.1 En caso de Muerte Accidental, Desamparo Súbito Familiar, Muerte Accidental del cónyuge o conviviente y/o por Gastos de Sepelio se deberá presentar:

- a) Copia del Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO.
- b) Copia del Documento Nacional de Identidad del BENEFICIARIO.
- c) Acta o Certificado Médico de Defunción.
- d) Protocolo de Necropsia completo, con todos sus anexos.
- e) Resultado del examen de Dosaje Etílico, en caso corresponda.
- f) Resultado del Análisis Toxicológico, en caso corresponda.
- g) Parte o Atestado Policial.
- h) Testamento, Resolución Judicial o Acta Notarial de sucesión intestada debidamente inscrita en Registros Públicos, en caso que no se haya designado Beneficiario en esta Póliza.

No obstante lo anterior, la COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente o documento que estime necesario para la evaluación del siniestro correspondiente.

En caso que el Beneficiario fuera menor de edad se deberá presentar los siguientes documentos: Partida de Nacimiento del menor y copia del documento de identidad de la persona que lo represente.

9.2 En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente se deberá presentar:

- a) Copia del Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO.
- b) Resultado del examen de Dosaje Etílico emitido por la Policía Nacional del Perú, en el caso de accidentes de tránsito, en el que el ASEGURADO era conductor del vehículo.
- c) Certificado Médico que señale la Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO.

9.3 En caso de Renta por Hospitalización por Accidente:

- a) Copia del Documento de Identidad del ASEGURADO.
- b) Certificados médicos con el diagnóstico en los cuales se indique la hospitalización.
- c) Demás documentos que certifiquen los servicios de hospitalización suministrados al

ASEGURADO. Artículo 10°.- PAGO DE LOS BENEFICIOS:

En caso de fallecimiento del ASEGURADO por un accidente amparado por esta Póliza, la COMPAÑÍA pagará la suma asegurada señalada al BENEFICIARIO designado por el ASEGURADO. En caso el ASEGURADO no designara beneficiario, la indemnización y/o renta se repartirá entre sus herederos legales de conformidad con lo establecido en el artículo 816° del Código Civil. En caso de Beneficiarios menores de edad, se pagará mediante la apertura de una cuenta de ahorros en el banco que designe la COMPAÑÍA, según lo establecido en las normas legales vigentes.

Una vez que el ASEGURADO ó BENEFICIARIO(s) haya cumplido con presentar todos los documentos sustentatorios, la COMPAÑÍA, de encontrarlos conformes, tendrá un plazo máximo de veinte (20) días calendario para proceder al pago de la suma asegurada. Las reclamaciones por falta de pago del beneficio podrán efectuarse a través de la COMPAÑÍA y/o al Comercializador.

Los reclamos y las acciones derivadas de la presente Póliza Simplificada prescribirán en el plazo de diez (10) años.

Artículo 11°.- SOBRE LA COMERCIALIZACION:

En caso el seguro sea ofrecido a través de un comercializador, las comunicaciones o reclamos presentadas por el ASEGURADO al comercializador, por asuntos relacionados con la Póliza, tienen el mismo efecto que si se hubiese dirigido a la COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el ASEGURADO a dicho comercializador serán considerados abonados a la COMPAÑÍA. Adicionalmente, la COMPAÑÍA será responsable frente al ASEGURADO de la cobertura contratada, así como de cualquier error u omisión en que incurra el comercializador con motivo de la comercialización.

Artículo 12°.- ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS:

En caso de reclamo el ASEGURADO cuenta con la Central de Información y Consultas de Pacífico Seguros al (01)513-5000 en Lima o puede acercarse a la oficina principal de la COMPAÑÍA ubicada en Av. Juan de Arona N° 830, San Isidro.

En caso de reclamo efectuado por el ASEGURADO o sus Beneficiarios por falta de pago de la indemnización, el trámite se realizará por escrito a través del comercializador y/o directamente a la COMPAÑÍA. En todos los casos las quejas o reclamos serán atendidos en un plazo máximo de quince (15) días calendario de presentado.

Además, podrá realizar consultas, reclamos o denuncias, según corresponda ante el INDECOPI ubicado en Calle de la Prosa N° 104, San Borja o al teléfono 2247800 o ante la Plataforma de Atención al Usuario de la SBS, ubicada en Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro, Lima o al teléfono 0800-10840.

En caso de persistencia del reclamo o queja, el ASEGURADO podrá optar por los mecanismos de solución de controversias que considere adecuado para hacer prevalecer sus derechos. La COMPAÑÍA es la única y exclusiva responsable por el cumplimiento del íntegro de las estipulaciones contenidas en la Póliza Simplificada.

Artículo 13°.- SOLUCION DE CONTROVERSIAS Y LEGISLACION APLICABLE:

Cualquier controversia suscitada respecto de la validez, ejecución y/o pagos de la presente Póliza será sometida a la jurisdicción de los Jueces y Tribunales que determinan las normas sobre la materia. Este contrato se regula por la legislación peruana.

Artículo 14°.- DEFENSORIA DEL ASEGURADO:

El ASEGURADO y el BENEFICIARIO tienen derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO, entidad que procura resolver las controversias que surjan entre ellos y la COMPAÑÍA, de acuerdo a los términos del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO. Su oficina está ubicada en la Calle Amador Merino Reyna 307 – Piso 9, San Isidro, Lima, teléfono 421-0614, página web: www.defaseg.com.pe

Artículo 15°.- DERECHO DE ARREPENTIMIENTO: (Aplicable sólo cuando se utilicen sistemas de comercialización a distancia)

El Contratante podrá resolver el contrato sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza o nota de cobertura provisional, salvo que se trate de un seguro asociado a un crédito. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

Artículo 16°.- CONSENTIMIENTO (LEY 29733 – PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES)

Por la presente cláusula PACIFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO que, de acuerdo a la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS y las demás disposiciones complementarias, PACIFICO SEGUROS está legalmente autorizada para tratar la información que EL CONTRATANTE le entregue al momento de contratar la Póliza, (en adelante la “Información”) con la finalidad de ejecutar la relación contractual que origina este contrato. Asimismo, PACIFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO que, para dar cumplimiento a las obligaciones y/o requerimientos que se generen en virtud de las normas vigentes en el ordenamiento jurídico peruano, incluyendo pero sin limitarse a las vinculadas al sistema de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y normas prudenciales, PACIFICO SEGUROS podrá dar tratamiento y eventualmente transferir su Información a autoridades y terceros autorizados por ley.

EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO, reconoce que estarán incluidos dentro de su Información todos aquellos datos, operaciones y referencias a los que PACIFICO SEGUROS pudiera acceder en el curso normal de sus operaciones, ya sea por haber sido proporcionados por EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO o por terceros o por haber sido desarrollados por PACIFICO SEGUROS , tanto en forma física, oral o electrónica y que pudieran calificar como “Datos Personales” conforme a la legislación de la materia.

En virtud de lo señalado anteriormente EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE ASEGURADO autoriza expresamente a PACIFICO SEGUROS a incorporar su Información al banco de datos personales de usuarios de responsabilidad de PACIFICO SEGUROS , para que esta pueda almacenar, dar tratamiento, procesar y transferir su Información a sus subsidiarias, afiliadas y/o socios comerciales listados en la página web de PACIFICO SEGUROS www.pacifico.com.pe (las “Terceras Empresas”) conforme a los procedimientos que PACIFICO SEGUROS determine en el marco de sus operaciones habituales, para efectos de los fines señalados en los párrafos anteriores.

Asimismo, EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO autoriza a PACIFICO SEGUROS a utilizar su Información a efectos de:

Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquiera de los productos o servicios que PACIFICO SEGUROS brinda. Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquier otra



Póliza, producto o servicio de PACIFICO SEGUROS o de las Terceras Empresas; y, Transferirla a las Terceras Empresas a efectos de que cada una de ellas pueda ofrecerle sus productos o servicios, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático.

EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO reconoce haber sido informado que su Información podrá ser conservada, tratada y transferida por PACIFICO SEGUROS a las Terceras Empresas hasta diez años después de que finalice su relación contractual con PACIFICO SEGUROS . EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, siempre que cumpla con los requisitos exigidos por las normas aplicables, dirigiéndose a PACIFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público, a través de la página web de PACIFICO SEGUROS www.pacifico.com.pe o por teléfono.

EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO se obliga a mantener permanentemente actualizada su Información durante la vigencia de este contrato, especialmente en cuanto se refiere a su nacionalidad, lugar de residencia, situación fiscal o composición accionaria de ser el caso.

Artículo 17º.- REGISTRO NACIONAL DE INFORMACION DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES

El presente contrato de seguro forma parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental, creado mediante la Ley 29355.

Huella digital
Índice Derecho

EL ASEGURADO

LA COMPAÑÍA

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL ASEGURADO

1. COBERTURA:

En virtud de la presente Cláusula Adicional, LA COMPAÑÍA se compromete a pagar al Cónyuge o Conviviente del ASEGURADO una indemnización en el caso que por un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza se vea afectado por una Invalidez Total y Permanente.

Se considera una Invalidez Total y Permanente, únicamente a los siguientes diagnósticos:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permita al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- Fractura incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente.
- Pérdida total de la visión en ambos ojos o de ambos miembros oculares.
- Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos.
- Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.
- Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna.
- Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.
- Por pérdida completa se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

El monto y la forma de la indemnización será establecido en la Póliza Simplificada.

2. Otras estipulaciones:

Rige para esta cobertura la misma descripción del seguro y coberturas, las mismas exclusiones y el mismo procedimiento en caso de siniestro, establecido en la Póliza Simplificada del Microseguro Individual de Accidentes para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente del ASEGURADO, cuyas demás cláusulas son también aplicables en lo que sea pertinente.

3. Orden:

Salvo los términos y condiciones que esta cláusula adicional ha modificado, todo los demás términos y condiciones señalados en la Póliza Simplificada quedan vigentes e inalterados, tal como lo acordaron ambas partes al momento de su contratación.

Huella digital

Índice Derecho

EL ASEGURADO

LA COMPAÑÍA