

**PÓLIZA SIMPLIFICADA N° XXXXXXXXXXXXX**  
**MICROSEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES MODULAR**  
 (Código SBS N° «XXXXXXXXXXXX»)

1. Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía), con R.U.C. N° 20332970411, con teléfono 513-5000, con correo [servicioalcliente@pacificovida.com.pe](mailto:servicioalcliente@pacificovida.com.pe), emite la presente póliza simplificada sobre la vida e integridad del Asegurado, conforme a los siguientes términos y condiciones: **DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR**

<b>Nombres y Apellidos Completos :</b>					
<b>Tipo y N° de Documento de Identidad:</b>					
<b>Fecha de Nacimiento:</b>			<b>Teléfono:</b>		
<b>Edad:</b>			<b>Sexo:</b>	<b>Estado Civil</b>	
<b>Domicilio:</b>	<b>Físico:</b>	<b>Dirección:</b>			
		<b>Distrito:</b>			
		<b>Provincia:</b>			<b>Departamento:</b>
	<b>Electrónico (Correo):</b>				

2. **DATOS DE LOS ASEGURADOS:**

2.1 **ASEGURADO TITULAR** (Llenar sólo cuando es persona distinta al Contratante)

<b>Nombres y Apellidos Completos:</b>					
<b>Tipo y N° de Documento de Identidad:</b>					
<b>Fecha de Nacimiento:</b>			<b>Teléfono:</b>		
<b>Edad:</b>			<b>Sexo:</b>	<b>Estado Civil</b>	
<b>Domicilio:</b>	<b>Físico:</b>	<b>Dirección:</b>			
		<b>Distrito:</b>			
		<b>Provincia:</b>			<b>Departamento:</b>
	<b>Electrónico (Correo):</b>				

2.2 **DATOS DEL CONYUGE O CONVIVIENTE ASEGURADO** (Completar sólo cuando se adquiera un plan con coberturas para el cónyuge o conviviente)

<b>Nombres y Apellidos Completos:</b>					
<b>Tipo y N° de Documento de Identidad:</b>					
<b>Fecha de Nacimiento:</b>			<b>Teléfono:</b>		
<b>Edad:</b>			<b>Sexo:</b>	<b>Estado Civil</b>	
<b>Domicilio:</b>	<b>Físico:</b>	<b>Dirección:</b>			
		<b>Distrito:</b>			
		<b>Provincia:</b>			<b>Departamento:</b>
	<b>Electrónico (Correo):</b>				

2.3 **DATOS DE LOS HIJOS ASEGURADOS** (Completar sólo cuando se adquiera un plan con coberturas para los hijos)

N°	Nombres y Apellidos Completos	Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento
01			
02			
03			

Se podrá asegurar hasta un máximo de 3 hijos, quienes gozarán de las coberturas expresamente indicadas en el acápite 5 de la presente Póliza Simplificada **hasta los «XX» años de edad inclusive**. Se considerará como domicilio de los hijos asegurados, el mismo domicilio indicado para el Asegurado Titular.

### 3. CONDICIONES DE ACCESO Y EDADES LÍMITE DE INGRESO Y PERMANENCIA

Edad Mínima de Ingreso:		Edad Máxima de Ingreso:	
Edad Límite de Permanencia:			

No podrán ingresar al presente seguro en calidad de asegurados aquellas personas afectadas por las siguientes incapacidades físicas graves: ceguera, sordera, parálisis, apoplejía o incapacidad mental.

Es requisito para contratar este seguro que el Asegurado y su Cónyuge o Conviviente Asegurado, en caso corresponda, no excedan la edad máxima de ingreso antes indicada.

### 4. BENEFICIARIOS:

#### 4.1 EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos	Parentesco	Porcentaje (%)

#### 4.2 EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE ASEGURADO

Nombres y Apellidos	Parentesco	Porcentaje (%)

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.

### 5. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

#### COBERTURA BÁSICA

COBERTURA BÁSICA	SUMA ASEGURADA (en «Moneda»)		
	Asegurado Titular	Cónyuge / Conviviente Asegurado	Por Hijo Asegurado
Muerte Accidental	«XX,XXX.XX»	«XX,XXX.XX»	«XX,XXX.XX»

#### COBERTURAS ADICIONALES (Según plan contratado)

COBERTURAS ADICIONALES	SUMA ASEGURADA (en «Moneda»)		
	Asegurado Titular	Cónyuge / Conviviente Asegurado	Por Hijo Asegurado
«Cobertura Adicional 1»	«XX,XXX.XX»	«XX,XXX.XX»	«XX,XXX.XX»
«Cobertura Adicional 2»	«XX,XXX.XX»	«XX,XXX.XX»	«XX,XXX.XX»
«Cobertura Adicional 3»	«XX,XXX.XX»	«XX,XXX.XX»	«XX,XXX.XX»
«Cobertura Adicional 4»	«XX,XXX.XX»	«XX,XXX.XX»	«XX,XXX.XX»

PLAN DE SEGURO CONTRATADO: «XXXXXXXXXXXXXXXXXX»

### 6. PRIMA DEL SEGURO

PRIMA COMERCIAL:	«Moneda» « X.XX»
PRIMA COMERCIAL + IGV:	«Moneda» « X.XX»
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.

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.

#### 7. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA SIMPLIFICADA

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

#### 8. COMERCIALIZADOR / INTERMEDIARIO:

Denominación:		Registro:	
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.

#### 9. DEFINICIONES GENERALES

- **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 manifiestan 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, accidente cerebro vascular, dolores de espalda crónicos, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**
- **Beneficiario:** Es la persona (o las personas) designada(s) en la Póliza Simplificada por el Contratante como titular(es) del derecho al beneficio que en ella se establece.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia por la Póliza Simplificada y que se encuentran expresamente indicadas.
- **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.
- **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.
- **Siniestro:** Es la materialización de todas y cada una de las condiciones que configuran alguno de los riesgos asegurados (coberturas) previstos en la presente Póliza Simplificada. Para que el siniestro se encuentre cubierto bajo la presente póliza, éste no deberá haberse configurado por alguno de los supuestos de exclusión establecidos en la póliza.
- **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud, menoscabo o lesión diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.

#### 10. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Sujeto al plan de seguro contratado, a los términos y condiciones señalados en la presente Póliza Simplificada y a que el Asegurado se encuentre al día en el pago de la prima, la Compañía pagará al Beneficiario la suma asegurada correspondiente a cada cobertura contratada, en caso el Asegurado sufra un siniestro por la ocurrencia de los riesgos que se describen a continuación; siempre que el siniestro ocurra con posterioridad al inicio de vigencia de la presente Póliza Simplificada, en el territorio nacional y que las causas del mismo 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 el acápite 5 de la presente Póliza

Simplificada; según el plan de seguro convenido, el mismo que estará destinado a otorgar alguna de las siguientes coberturas:

#### COBERTURA BÁSICA

- **MUERTE ACCIDENTAL:** Cubre la muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido con posterioridad al inicio de vigencia de la presente Póliza Simplificada. Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente.

#### COBERTURAS ADICIONALES (Según el plan de seguro contratado indicado en el acápite 5)

- **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE:** Cubre la Invalidez Total y Permanente a consecuencia de un accidente ocurrido con posterioridad al inicio de vigencia de la presente Póliza Simplificada.

Para efectos de la presente Póliza Simplificada, se considera Invalidez Total y Permanente única y exclusivamente a los siguientes diagnósticos:

- a) Estado absoluto de descerebramiento ocasionado por accidente que no permita al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida. Se entiende por descerebramiento a la ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.
- b) Paraplejia o Cuadriplejia por fractura de la columna vertebral.
- c) Pérdida total de la visión en ambos ojos o de ambos miembros oculares.
- d) Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos.
- e) Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.
- f) Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna.
- g) 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.

- **INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE:** Cubre la Invalidez Permanente Parcial a consecuencia de un accidente ocurrido con posterioridad al inicio de vigencia de la presente Póliza Simplificada. Para efectos de la presente Póliza Simplificada, se considera Invalidez Permanente Parcial única y exclusivamente a los siguientes diagnósticos de acuerdo a la siguiente tabla:

Invalidez Parcial Miembros Superiores:	Porcentaje de indemnización
Pérdida de un brazo (arriba del codo)	XX%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	XX%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	XX%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	XX%
Pérdida total del dedo pulgar de la mano	XX%
Pérdida total del dedo índice	XX%
Pérdida total del dedo medio	XX%
Pérdida total del dedo anular	XX%
Pérdida total del dedo meñique	XX%
Invalidez Parcial Miembros Inferiores:	Porcentaje de indemnización
Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	XX%
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	XX%
Pérdida de un pie	XX%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	XX%
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	XX%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	XX%
Invalidez Parcial (otros):	Porcentaje de indemnización
Sordera total e incurable de los dos oídos	XX%
Pérdida total de un ojo	XX%
Reducción de la mitad de la visión binocular normal.	XX%
Ablación de la mandíbula inferior	XX%
Sordera total e incurable de un oído	XX%

El porcentaje de indemnización es aplicado sobre la suma asegurada indicada en el acápite 5 de la presente Póliza Simplificada.

- **MUERTE POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO:** 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.
- **MUERTE POR ACCIDENTE EN TRANSPORTE AEREO:** Cubre el fallecimiento del Asegurado 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 de pasajeros.
- **GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE:** Cubre los gastos efectuados por el funeral, a reembolso y hasta los límites señalados en la Póliza Simplificada, siempre que el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza Simplificada, previa presentación de los documentos correspondientes. (No tiene cobertura el fallecimiento por causas naturales).
- **DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR:** Cubre el fallecimiento del Asegurado y de su Cónyuge o Conviviente declarado(a) en la Póliza, como consecuencia de un mismo accidente ocurrido con posterioridad al inicio de vigencia de la presente Póliza Simplificada.
- **RENTA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE:** Cubre cada día de internamiento del Asegurado superior a 24 horas en una Institución Hospitalaria, hasta el máximo de «XX» días por año (los días variarán de acuerdo al monto tope de la suma asegurada), sin considerar convalecencia, si como consecuencia de un accidente ocurrido con posterioridad al inicio de vigencia de la presente Póliza Simplificada sea necesaria 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.

Las coberturas de Muerte por Accidente, Muerte por Accidente de Tránsito y Muerte por Accidente en Transporte Aéreo, son excluyentes entre sí, por lo que un mismo siniestro no podrá dar derecho acumulativamente a dos indemnizaciones por cualquiera de las coberturas antes señaladas. 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.

## 11. EXCLUSIONES

La Compañía no pagará la indemnización prevista en esta Póliza Simplificada, cuando los siniestros ocurran como consecuencia 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 o tipificados como delito, en actos subversivos o terroristas.
- d) Suicidio o lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por un tercero con su consentimiento.
- e) En los seguros sobre la vida de un tercero, la muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante o de alguno de los Beneficiarios.
- 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 Simplificada.
- 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 con ellas.
- j) Tratamiento de obesidad, mórbida, reducción de peso, VIH / SIDA.
- k) Enfermedades y/o dolencias preexistentes.
- l) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

## 12. MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES

Durante la vigencia del microseguro no se pueden modificar los términos de la póliza contratada sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien contará con un plazo de treinta (30) días para tomar una decisión respecto a las modificaciones propuestas, contado a partir de la fecha en la cual reciba una comunicación de la Compañía en su domicilio físico o electrónico, informando en caracteres destacados las modificaciones que se propone incorporar en el contrato de microseguro.

La falta de aceptación expresa de las modificaciones propuestas no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deben respetar los términos en los que el contrato fue inicialmente acordado.

## 13. TÉRMINO DEL SEGURO

La presente póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes supuestos:

- a) Solicitud expresa del Contratante y/o Asegurado, la cual debe comunicarse con treinta (30) días calendario de anticipación, por cualquier medio escrito, incluido correo electrónico y fax. La Compañía devolverá la prima que hubiese recibido por el periodo no devengado de cobertura.
- b) Por la presentación de una Reclamación Fraudulenta del Contratante, Asegurado, Beneficiario y/o cualquier tercero que actúe en representación de cualquiera de ellos. Se entiende por Reclamación Fraudulenta a la exageración de los daños o el empleo de medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una reclamación o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente Póliza Simplificada. La presentación de una Reclamación Fraudulenta determina la pérdida de todo derecho indemnizatorio bajo la Póliza Simplificada.
- c) Transcurridos noventa (90) días desde la fecha de vencimiento para el pago de la prima, sin que se regularice el pago de la misma.

Asimismo, las coberturas otorgadas en virtud de la presente Póliza Simplificada se extinguirán el día en que ocurra cualquiera de los siguientes hechos:

- a) Fallecimiento del Asegurado.
- b) Pago Total 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 Simplificada.

La terminación de la cobertura dará como consecuencia que la Compañía dejará de ser responsable de pagar las indemnizaciones establecidas en la Póliza Simplificada. Sin perjuicio de lo antes indicado, en caso se resuelva o extinga la Póliza Simplificada por una causal distinta al Pago Total del 100% de las coberturas contratadas o al fallecimiento del Asegurado que determine el pago de la cobertura otorgada, la Compañía devolverá al Contratante la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que la presente Póliza Simplificada será Nula y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

- a) Si, al momento de la contratación del seguro, el Contratante y/o el Asegurado incurren en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable.
- b) En caso de declaración inexacta respecto de la edad del Asegurado, si se comprobare que, al momento de suscripción del presente documento, el Asegurado superaba la edad máxima de ingreso.
- c) En ausencia de interés asegurable al tiempo de contratación del seguro.
- d) Si al tiempo de contratación del seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los literales b), c) o d) antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, sin intereses. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, las primas

pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del seguro a título indemnizatorio.

#### **14. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

En caso de siniestro, el beneficiario deberá informar por escrito al domicilio de la Compañía o del Comercializador sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio, o en el menor plazo posible.

Posteriormente, el beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

- En caso de Muerte Accidental, Desamparo Súbito Familiar y/o por Gastos de Sepelio se deberá presentar:
  - a) Copia del Documento Nacional de Identidad del Beneficiario.
  - b) Acta o Certificado Médico de Defunción.
  - c) Protocolo de Necropsia completo, con todos sus anexos.
  - d) Resultado del examen de Dosaje Etílico, en caso corresponda.
  - e) Resultado del Análisis Toxicológico, en caso corresponda.
  - f) Parte, Atestado o Informe Policial o Carpeta Fiscal completa, según corresponda.
  - g) Testamento o Inscripción Definitiva de la Sucesión Intestada emitida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos, en caso los Beneficiarios sean los herederos legales del Asegurado.
- En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente se deberá presentar:
  - a) 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.
  - b) Certificado Médico que señale la Invalidez Total y Permanente del Asegurado y los diagnósticos que la originan.
- En caso de Renta por Hospitalización por Accidente:
  - a) Certificados médicos con el diagnóstico en los cuales se indique la hospitalización.
  - b) Demás documentos que certifiquen los servicios de hospitalización suministrados al Asegurado.

La obligación de pagar la suma asegurada que corresponda al Beneficiario deberá ser cumplida por la Compañía en un solo acto y por su valor total. El pago de la indemnización será exigible dentro del plazo de veinte (20) días de recibida toda la documentación antes listada, según corresponda a cada cobertura.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso del siniestro establecido en la presente cláusula no genera la pérdida de los derechos que pudiesen tener los beneficiarios en virtud del presente seguro los cuales podrán ser requeridos dentro del plazo de prescripción vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro. Actualmente, el plazo de prescripción es de diez (10) años desde la fecha de ocurrencia del siniestro o desde que el Beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio, sin embargo se considerará el plazo de prescripción vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

#### **15. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO**

El Beneficiario tiene derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado en caso no se encuentre conforme con el pronunciamiento de la Compañía respecto de una solicitud de cobertura, 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](http://www.defaseg.com.pe).

#### **16. ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

En caso de consultas y/o reclamos al Asegurado podrá dirigirse a las oficinas del Comercializador o comunicarse a la Central de Información y Consultas de dicha entidad al «XXX-XXXX». Contará también con la Central de Información y Consultas de Pacífico Seguros al (01)513-5000 o puede acercarse a la oficina principal de la Compañía, ubicada en la Av. Juan de Arona 830, San Isidro.

La Compañía atenderá las consultas y/o reclamos en un plazo máximo de quince (15) días a través de una comunicación dirigida al domicilio contractual.

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.

## **17. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Toda discrepancia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios y/o los herederos del Asegurado, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la validez, interpretación y/o ejecución de los términos de la presente Póliza Simplificada, se resolverá bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano quienes resolverán conforme a la legislación peruana aplicable.

## **18. COMUNICACIONES:**

Las partes señalan como su domicilio contractual la dirección física y la dirección electrónica consignadas en la presente Póliza Simplificada. Para que cualquier variación respecto del domicilio contractual (dirección física o electrónica) sea válida y surta efectos, deberá ser comunicada a la otra parte con por lo menos quince (15) días de anticipación.

Las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas y/o derivadas de la presente Póliza Simplificada, deberán efectuarse en el último domicilio declarado por las partes de conformidad con lo dispuesto en el párrafo precedente.

Toda comunicación realizada en cumplimiento de lo dispuesto en la presente cláusula, se considerará válida para todo efecto legal. La Compañía no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio declarado por el Contratante y/o el Asegurado. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del Contratante y/o Asegurado, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación.

## **19. 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](http://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, incluyendo pero sin estar limitado a seguros de vida, de accidentes personales o de rentas vitalicias; 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](http://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.

**20. 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. 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.

<p>_____  <b>«Nombre del Funcionario»</b>  <b>«Cargo del Funcionario»</b>  <b>PACÍFICO SEGUROS</b></p>	<p>_____  <b>«Nombre del Funcionario»</b>  <b>«Cargo del Funcionario»</b>  <b>PACÍFICO SEGUROS</b></p>
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Digital</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Digital</p>
<p>_____  <b>CONTRATANTE</b>          Fecha: ___/___/_____          Hora: _____</p>	<p>_____  <b>ASEGURADO TITULAR</b>          Fecha: ___/___/_____          Hora: _____</p>
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Digital</p>	<p>_____  <b>FIRMA DEL ASESOR DE VENTA</b>  <b>NOMBRE:</b> _____  <b>CÓDIGO:</b> _____</p>
<p>_____  <b>CONYUGE / CONVIVIENTE</b>  <b>ASEGURADO</b>          Fecha: ___/___/_____          Hora: _____</p>	

Mediante la firma del presente documento el Contratante, el Asegurado Titular y el Cónyuge o Conviviente Asegurado, en caso corresponda, declaran haber recibido y leído el presente documento en su integridad (9 páginas). El Contratante y/o Asegurado Titular y el Cónyuge o Conviviente Asegurado, en caso corresponda, declaran que todas las respuestas son verídicas y completas y manifiestan de manera clara y voluntaria su intención de contratar el seguro y pagar las primas correspondientes.

Asimismo, declaran que es de su conocimiento que las declaraciones inexactas o reticentes efectuadas con dolo o culpa inexcusable determinan la nulidad del contrato del seguro y en consecuencia toda obligación de la Compañía.

El presente seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley 29355.