



POLIZA SIMPLIFICADA DE MICROSEGUROS
Microseguro regulado por la Resolución SBS N° 14283-2009

pacífico

Código Registro: XXX
Correlativo:

COMPANÍA: El Pacifico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros
Av. Juan de Arona 830 San Isidro / RUC 20100035392 / T(511) 5154000 / F(511) 5184295, 5184299
Central de Información y Consultas 5135000 (Lima) 0801 - 1 5001 (provincias) / www.pacificoseguros.com.pe

1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombres _____ Tipo de Documento: DNI CE N° _____
 Dirección: Tipo de Vía: Avenida Jirón Calle Malecón Carretera
 Nombre de Vía _____ Nro _____ Int. _____ Mz. _____ Lote _____ Km _____
 Bloque _____ Etapa _____ Conjunto _____ Nombre de Urb. _____ Distrito _____ Departamento / Provincia _____
 Teléfono: _____ Celular: _____ Ocupación: _____ Sexo _____ Correo Electrónico _____

Podrán asegurarse las personas desde los 18 años de edad y podrán permanecer asegurados hasta el día que cumplan 70 años de edad. Este requisito se aplica para el ASEGURADO. Si el ASEGURADO cumple la edad límite durante el periodo de contrato, la cobertura que otorga esta póliza terminará.

2. BENEFICIARIO DE LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL (para ser llenado por el Asegurado)

En caso de fallecimiento del ASEGURADO por un siniestro amparado por esta póliza simplificada, la COMPANÍA pagará la indemnización y renta al beneficiario designado por el Asegurado.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento	DNI	Parentesco	%

Si no se completara este cuadro, los beneficiarios del ASEGURADO serán sus herederos legales. Cualquier cambio de beneficiario se hará en forma expresa y por escrito personalmente por el ASEGURADO en cualquier momento posterior a la firma del presente documento y será válido siempre que se efectúe antes de la ocurrencia del siniestro.

3. COBERTURAS

		Suma asegurada
Muerte Accidental	En caso de muerte accidental del ASEGURADO la COMPANÍA pagará el monto de la suma asegurada señalada.	XXX
	Adicionalmente en caso de muerte accidental del ASEGURADO la COMPANÍA pagará una renta mensual por la suma señalada durante XX meses.	XXX
Invalidez Permanente Total	En caso de Invalidez Permanente Total que haya sufrido el Asegurado a causa de un accidente amparado en la póliza simplificada, la COMPANÍA pagará el monto de la suma asegurada señalada. Las situaciones consideradas invalidez permanente total se detallan en el punto 21 de esta Póliza Simplificada.	XXX

La COMPANÍA no pagará la indemnización prevista en esta Póliza Simplificada en situaciones no consideradas en el punto 21 de esta Póliza. Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Muerte e Invalidez Permanente Total.

4. PRIMA MENSUAL: S/ XX.XX (Incluye IGV y derecho de emisión); FORMA DE PAGO: XXX

Para que la Póliza Simplificada esté vigente, se deberá pagar mensualmente a LA COMPANÍA la prima correspondiente dentro de la fecha de vencimiento establecida. Si no se paga la prima en la fecha establecida, el pago podrá realizarse dentro de los siguientes 30 días calendario, sin intereses, consierándose éste un periodo de gracia. De ocurrir un siniestro dentro del periodo de gracia, la COMPANÍA cubrirá el siniestro en tanto se encuentre amparado por esta Póliza Simplificada, teniendo el derecho a descontar de la indemnización el importe correspondiente a la prima adeudada.

Oficina principal Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú
 Pacifico Seguros y Pacifico Salud EPS 518-4000 Pacifico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com

JUAN C. SUAREZ MONTENES N. MIGUEL DELGADO B.
 Gerente de División, Gerente Legal

5. COMUNICACIONES, RECLAMOS Y PAGOS

Todas las comunicaciones, reclamos y/o pagos -de ser el caso- que sean efectuados al comercializador XXXX tendrán el mismo efecto que si se hubieren dirigido a la COMPAÑÍA.

6. AJUSTE DE LA PRIMA Y MODIFICACIONES

En caso fuera necesario efectuar modificaciones a las condiciones de la póliza simplificada LA COMPAÑÍA sustentará ante la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Pólizas de Seguros y Notas Técnicas, la necesidad de efectuar los cambios propuestos y utilizará los medios necesarios para que EL ASEGURADO tome conocimiento de dichas modificaciones, por lo menos con treinta (30) días calendario de anticipación. En este sentido, en la oportunidad del pago de la prima, se deberá entregar al ASEGURADO un detalle de las modificaciones a la cobertura, elaborado por LA COMPAÑÍA, con la finalidad de que manifieste su conformidad con los nuevos términos de la cobertura. LA COMPAÑÍA conservará la evidencia de la comunicación efectuada y ante el silencio del ASEGURADO, se entenderá que ha aceptado las nuevas

Asimismo, LA COMPAÑÍA deberá informar al ASEGURADO que en caso de no aceptar las condiciones modificadas del contrato, la cobertura terminará en el plazo previsto en el párrafo anterior o en su defecto, cuando venza el periodo de gracia correspondiente al momento en que el ASEGURADO deje de pagar la prima.

7. 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 sonambulismo que sufra el ASEGURADO.

Muerte Accidental: Fallecimiento inmediato del ASEGURADO por causas que cumplen la condición de accidentes definida en la presente póliza simplificada. Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes ocurrido el accidente.

Invalidez Permanente Total: Situación en que la persona, sufrido un accidente amparado por la póliza y luego de haber sido dado de alta, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva, que disminuyan o anulen su capacidad de realizar labores habituales, dando lugar a distintos grados de incapacidad.

Indemnización: importe que la compañía esta obligada a pagar en caso de ocurrir un siniestro cubierto por esta póliza simplificada. No puede exceder la suma asegurada.

Siniestro: Materialización del riesgo asegurado que produce los daños garantizados en la póliza y debe ser valorado económicamente.

8. INICIO Y DURACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del seguro se inicia a partir de la firma de esta Póliza Simplificada, siempre que se encuentre completa la información solicitada en esta Póliza Simplificada. La cobertura se mantendrá vigente mientras:

- El pago de la prima de seguro haya sido realizado dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de la firma de la Póliza.
- El ASEGURADO se encuentre al día en el pago de sus primas o se encuentre en periodo de gracia.
- No se den las causales de terminación de la cobertura, previstas en esta Póliza Simplificada.

La vigencia de esta Póliza Simplificada es indefinida.

9. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La responsabilidad de la COMPAÑÍA terminará cuando ocurra el primero de los siguientes hechos:

- El plazo de gracia termina sin que el ASEGURADO haya cumplido con pagar la prima.
- A solicitud expresa del ASEGURADO, la cual debe comunicar con 30 días calendario de anticipación.
- Al fallecimiento del ASEGURADO.
- Al sobrevenir la invalidez permanente total del ASEGURADO y al haber sido ésta indemnizada.
- Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- Falta de pago de la prima en las fechas establecidas.

PACÍFICO SEGUROS

MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

10. RESOLUCIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA SIMPLIFICADA

Esta Póliza Simplificada terminará automáticamente a los noventa (90) días calendario de producido el incumplimiento del 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 prima.

11. EXCLUSIONES

La COMPAÑÍA no pagará las indemnizaciones previstas en esta Póliza Simplificada cuando los accidentes se originen como consecuencia de:

- Guerra, rebelión, revolución, golpe de Estado o cualquier otro evento que determine el mantenimiento de la ley marcial o el estado de sitio.
- Huelga, motín y conmoción civil; daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- Radiación nuclear.
- Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes o reglamentos públicos,
- Suicidio o lesiones inferidas al ASEGURADO por sí mismo o por un tercero con su consentimiento.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

El ASEGURADO o su beneficiario, producida la muerte accidental o invalidez permanente total del ASEGURADO, está en la obligación de comunicarlo a la COMPAÑÍA mediante carta, fax o correo electrónico y presentar los siguientes documentos:

En caso de **Muerte Accidental** se deberá presentar:

- Documento Nacional de Identidad del beneficiario.
- Original del Certificado Médico de Defunción.
- Original de la Partida de Defunción.
- Original del Protocolo de Necropsia completo.
- Original del Examen toxicológico emitido por la Morgue.
- Resultado del examen de Dosaje Etílico emitido por la Policía Nacional del Perú, en el caso de accidentes de tránsito, en los que ASEGURADO sea el conductor del vehículo.
- Atestado Policial completo.
- 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.
- 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. Se indemnizará al beneficiario menor de edad, mediante la apertura de una libreta de ahorros en el banco que designe la COMPAÑÍA, según lo establecido en las normas legales vigentes.

En caso de **Invalidez Permanente Total** se deberá presentar:

- Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO.
- 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.
- Certificado de invalidez permanente total emitido por el Instituto de Rehabilitación del Ministerio de Salud.

13. OTROS SEGUROS

Producido un eventual siniestro amparado por esta Póliza Simplificada, la indemnización será por cuenta de LA COMPAÑÍA, independientemente de si el ASEGURADO tenga otros seguros similares con la COMPAÑÍA.

El ASEGURADO no podrá tener contratado más de una póliza de este mismo microseguro. En caso de que el ASEGURADO cuente con más de una cobertura de este seguro la COMPAÑÍA considerará que dicho ASEGURADO está cubierto bajo la cobertura que proporcione el mayor Beneficio. Cuando las coberturas contratadas sean idénticas, la COMPAÑÍA considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO la prima del seguro duplicado.

14. PAGO DE LOS BENEFICIOS

En caso de fallecimiento del ASEGURADO por un accidente amparado por esta Póliza Simplificada, la COMPAÑÍA pagará la suma asegurada señalada al beneficiario designado por el ASEGURADO. En caso el ASEGURADO no designara beneficiario la indemnización y renta se repartirá entre sus herederos legales.

En caso de Invalidez Permanente Total del ASEGURADO, la indemnización será pagada al mismo ASEGURADO.

El pago de la indemnización correspondiente lo efectuará la COMPAÑÍA directamente al beneficiario y/o ASEGURADO, según corresponda, debiendo ser resuelto en un plazo máximo de diez (10) días calendario contados desde la fecha de presentación de toda la documentación sustentatoria del reclamo. Las reclamaciones por falta de pago del beneficio podrán efectuarse a través de la COMPAÑÍA y/o al comercializador XXX.

Oficina principal: Av. Arce 630, San Isidro, Lima 22, Perú
Pacífico Seguros y Pacífico Salud EP 518-4000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com

JUAN C. ZALEZ ARDENTERS N.
Gerente de División

MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

15. DEDUCIBLES Y COPAGOS

Esta póliza Simplificada no contempla deducibles, copagos ni franquicias.

16. RECLAMACION FRAUDULENTE

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO o su beneficiario perderá todo beneficio derivado de la póliza simplificada si, en cualquier momento el ASEGURADO, su beneficiario, o terceras personas que actúen en su representación, empleen 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.

17. PRESCRIPCIÓN

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

18. ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS

En caso de quejas o reclamos el ASEGURADO puede llamar al Área de Atención al Cliente de PACIFICO SEGUROS teléfono 513-5000, enviar una carta o acercarse a la oficina principal ubicada en Av. Juan de Arona 830 San Isidro, en el siguiente horario: de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m., o a través de www.pacificoseguros.com. En todos los casos las quejas o reclamos serán atendidos en un plazo máximo de quince (15) días calendario de presentados. En caso de persistencia del reclamo o queja, los asegurados podrán optar por los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.

Para cualquier reclamación por falta de pago de la indemnización, el trámite podrá efectuarse a través de La COMPAÑÍA, contando con un plazo máximo de 15 días calendario para LA COMPAÑÍA es la única y exclusiva responsable por el cumplimiento del íntegro de las estipulaciones contenidas en la presente Póliza Simplificada.

19. JURISDICCIÓN

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 determinen las normas sobre la materia.

20. 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 Arias Araguez N° 146, Miraflores, Lima, teléfono 4469158, página web: www.defaseg.com.pe

21. TABLA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Estado Absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez permanente total permanente	100%
Pérdida total de los ojos	100%
Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos	100%
Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y de una pierna	100%
Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y de un pie	100%

22. DATOS DEL PAGADOR DEL SEGURO (solo llenar en caso sea diferente al ASEGURADO)

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombres _____ Tipo de Documento: DNI CE N° _____
 Dirección: Tipo de Vía: Idem Asegurado Avenida Jirón Calle Malecón Carretera
 Nombre de Vía _____ Lote _____ Km _____
 Bloque _____ Etapa _____

Oficina principal Av. Juan de Arona 830 San Isidro, Lima - Perú
 Pacífico Seguros y Pacífico Salud EPS 518-4000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com
 Conjunto _____ Nombre de Urb. _____ Distrito _____ Departamento _____ Provincia _____

JUAN ALEXANDER ALEZ-MANRIQUEN N.
Gerente de División

MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

23. FORMA DE PAGO: Cargo en Tarjeta de Crédito

Indicar el tipo de tarjeta y raspar la tarjeta e el recuadro

MASTERCARD

VISA



NRO PLÁSTICO

VENCIMIENTO



24. AUTORIZACIÓN DE CARGO/FORMA DE PAGO

Autorizo a Pacífico Seguros a cargar mensualmente en mi tarjeta de crédito indicada en esta Póliza Simplificada, el importe de la prima que resulte de la contratación de este seguro, sin que sea necesario que suscriba orden de pago adicional. En caso que se realice cambio de plástico el asegurado deberá informar oportunamente el cambio de tarjeta brindado a Pacífico Seguros el nuevo número y la fecha de vencimiento. El asegurado debe contar con saldo disponible en su tarjeta de crédito para que pueda hacerse efectivo el cobro de la prima y contar con cobertura.

25. DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURADO

La firma de la presente Póliza Simplificada manifiesta de manera expresa y voluntaria mi intención de tomar el seguro y pagar las primas mensuales correspondientes. Asimismo declaro estar en buen estado de salud, que los datos proporcionados son validos y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad determinará la nulidad del contrato de seguro y en consecuencia toda obligación de la COMPAÑIA.

26. IMPORTANTE

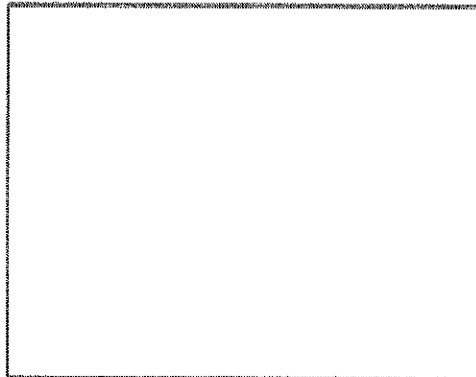
Como requisito de afiliación los asegurados no deberán exceder los 70 años de edad. En caso el solicitante no complete la información y/o no cumpla con los requisitos de descripción que la COMPAÑIA le requiera se considerará automáticamente rechazada la solicitud, procediéndose al envío de una carta notificándole el rechazo del seguro en un periodo máximo de 30 días calendario. De anularse la póliza a solicitud del cliente, dicha anulación se hará efectiva en un periodo máximo de treinta (30) días calendario. La firma de la presente solicitud valida toda la información proporcionada. El solicitante declara que todas las respuestas proporcionadas en esta, son verídicas y completas y que es de su conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad anulará el contrato de seguro y en consecuencia toda obligación de la COMPAÑIA de acuerdo al artículo 376 del Código de Comercio quedando la prima en poder de la COMPAÑIA.

Esta firma manifiesta de manera explícita y voluntaria mi intención de tomar el seguro y pagar las primas mensuales correspondientes si la solicitud fuese aceptada por Pacífico Seguros.



Huella digital

Raspe aquí la tarjeta



Firma del Solicitante
Acepto las condiciones de la Póliza Simplificada

Fecha de Afiliación

Firma del Solicitante
Acepto las condiciones de la Póliza Simplificada

Gerente de Negocios Minoristas de LA COMPAÑIA

PACÍFICO SEGUROS

JUAN CORONADO GONZALEZ MONTENEGRO N.
Gerente de División

PACÍFICO SEGUROS

MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

El vendedor declara bajo juramento que el asegurado ha firmado y completado la solicitud en su presencia

Firma del vendedor

Nombre del vendedor

DNI vendedor