



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

**pacífico**

Código Registro: XXX  
Correlativo:

COMPañIA: 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 COMPañIA 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 COMPañIA pagará el monto de la suma asegurada señalada.  | XXX |
|                            | Adicionalmente en caso de muerte accidental del ASEGURADO la COMPañIA 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 COMPañIA 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 COMPañIA 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 COMPañIA 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 COMPañIA 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



#### 10. RESOLUCION AUTOMATICA DE LA POLIZA SIMPLIFICADA

Esta Póliza Simplificada terminará automáticamente a los noventa (90) días calendario de producido el incumplimiento del pago de la prima, no teniendo la COMPAÑIA 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 COMPAÑIA 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 SINISTRO

El ASEGURADO o su beneficiario, producida la muerte accidental o invalidez permanente total del ASEGURADO, está en la obligación de comunicarlo a la COMPAÑIA 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 COMPAÑIA, 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 COMPAÑIA, independientemente de si el ASEGURADO tenga otros seguros similares con la COMPAÑIA.

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 COMPAÑIA considerará que dicho ASEGURADO está cubierto bajo la cobertura que proporcione el mayor Beneficio. Cuando las coberturas contratadas sean idénticas, la COMPAÑIA considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso la COMPAÑIA 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 COMPAÑIA 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 COMPAÑIA 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 COMPAÑIA y/o al comercializador XXX.

Oficina principal: Av. Bolívar 630, San Martín, 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. ATENCION 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](http://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. JURISDICCION

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](http://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 - Mz. Perú  
 Pacífico Seguros y Pacífico Salud EPS 518-4000 Pacífico Vida 518-4500 Web [www.pacificoseguros.com](http://www.pacificoseguros.com)

Nombre de Urb. \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

JUAN ALEXANDER MATEO 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**

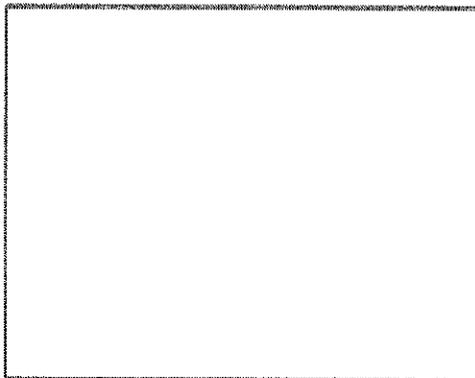
Como requisito de afiliación los asegurados no deberán exceder los 70 años de edad. En caso el solicitante no complete la información y/o no cumpla con los requisitos de descripción que la COMPAÑIA le requiera se considerará automáticamente rechazada la solicitud, procediéndose al envío de una carta 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