

CERTIFICADO DE SEGURO

SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD – SOLES Y DÓLARES

Póliza Nro. XXXX

CÓDIGO de REGISTRO SBS N° RG0445700076 - Adecuado a la Ley 29446 y sus Normas Reglamentarias

ASEGURADO:

Apellido paterno		Apellido materno	
Nombres		DNI ó CE	
Dirección			
Distrito		Provincia	
Departamento			
Correo electrónico		Celular	
Teléfono fijo			
Nacionalidad		Profesión	

RELACIÓN DEL ASEGURADO CON EL CONTRATANTE: XXX

BENEFICIARIO(S):

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Relación con el ASEGURADO	Porcentaje

RELACIÓN DEL BENEFICIARIO CON EL ASEGURADO: XXXX

MARCAR SU CONDICIÓN LABORAL (Solo 1 opción)			
TRABAJADOR DEPENDIENTE		TRABAJADOR INDEPENDIENTE	

Las coberturas básicas que tiene este seguro dependerán de si se trata de un Trabajador Dependiente o Independiente, según condición laboral declarada en la Solicitud de Seguro, correspondiendo la cobertura de Desempleo Involuntario únicamente para los Trabajadores Dependientes y la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente y/o Enfermedad a los Trabajadores Independientes, como sigue:

COBERTURA	CONDICIÓN LABORAL	CONDICIONES Y DEDUCIBLES	SUMA ASEGURADA Hasta
Desempleo involuntario	Trabajador Dependiente	Periodo de carencia: XX XXX a partir de la fecha de emisión de la Póliza.	XXX
		Deducible: XX (XXX)	
		Antigüedad laboral mínima (en el mismo centro de trabajo): XX (XXX)	
		Rango de edad: entre XX y XX años, con un límite de permanencia hasta XX años, siempre que continúe trabajando	
		Periodo activo mínimo: No se podrá efectuar ninguna reclamación por desempleo involuntario durante un periodo de XX (XXX) que siga a una reclamación anterior.	

Incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad	Trabajador Independiente	Periodo de carencia: XX (XXX) a partir de la fecha de emisión de la Póliza.	XXX
		Deducible: XX (XXX).	
		Antigüedad como independiente): XX (XXX)	
		Rango de edad: entre XX y XX años, con un límite de permanencia hasta XX años.	
		Periodo activo mínimo: No se podrá efectuar ninguna reclamación por incapacidad temporal durante un periodo de XX (XXX) que siga a una reclamación anterior.	

El cuadro señalado a continuación aplica para los casos en los cuales PACIFICO SEGUROS paga la indemnización cubriendo cuotas de obligaciones pendientes del ASEGURADO:

COBERTURA	Monto de cuota	N de Cuotas pendientes	Otros	Prima Comercial	Prima Comercial + IGV
DESEMPLEO INVOLUNTARIO	XXXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD	XXXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA: XXXX

Prima Comercial	XXXXXXXX
Prima Comercial⁽¹⁾ + IGV	XXXXXXXX

(1) incluye monto desagregado o porcentaje de los cargos por la intermediación de corredores de seguros o la comercialización de promotores de seguros, la bancaseguros u otro comercializador.	XXXXXXXXXXXXXXXX
---	------------------

Es responsabilidad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, informar a PACIFICO SEGUROS de cualquier cambio, renovación, bloqueo, suspensión, anulación u otra modificación sobre la cuenta o tarjeta de crédito/débito donde se realicen los cargos mensuales del seguro.

Comisión del Comercializador: XXXXX

VIGENCIA DEL SEGURO: XXXX

Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA

Fecha de Fin: DD/MM/AAAA

INICIO DE LA COBERTURA PARA EL ASEGURADO: Vencido el plazo de carencia el ASEGURADO contará con cobertura, siempre y cuando no haya mentido, distorsionado, omitido u ocultado información sobre el estado del riesgo siempre que haya habido dolo o culpa inexcusable, al momento de solicitar el seguro.

FECHA DE TÉRMINO DE LA COBERTURA: XXX o la fecha en la que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

MODALIDAD DE RENOVACIÓN: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

EXCLUSIONES GENERALES:

PACIFICO SEGUROS no estará obligada a indemnizar al **ASEGURADO** y/o al **BENEFICIARIO** designado, si el Desempleo Involuntario o la Incapacidad Temporal por Accidente y/o Enfermedad, se deba directa o indirectamente, total o parcialmente, a las siguientes causas o circunstancias:

1. Siniestros que se inicien dentro del periodo de carencia establecidos en la póliza.
2. Siniestros generados como consecuencia de:
 - a) Incendio, explosión, terremoto, temblor, erupción volcánica, tifón, huracán, tornado, ciclón, fuego subterráneo, inundación, rayo u acto de la naturaleza.
 - b) Guerra internacional, civil o actos perpetrados por fuerzas extranjeras, hostilidades u operaciones bélicas, rebelión, sedición, usurpación y retención ilegal de mando.
 - c) Asonada, motín o conmoción civil o popular, huelga, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de labores, movimientos subversivos y terrorismo.

EXCLUSIONES ADICIONALES APLICABLES A LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

1. Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo, jubilación, pensión o retiro anticipado del ASEGURADO.
2. Pérdida de empleo o cuando el ASEGURADO haya sido notificado por el empleador de su desvinculación laboral con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.
3. Terminación de la obra o servicio en un contrato de trabajo temporal y el vencimiento del plazo en los contratos legalmente celebrados bajo modalidad.
4. La terminación de la relación laboral por causas justas de despido, en los casos y formas establecidos por ley.

EXCLUSIONES ADICIONALES APLICABLES A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

1. Enfermedades o condiciones médicas preexistentes a la contratación del seguro.
2. Accidentes causados por suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria propia ó por acción de terceros.
3. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
4. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.
5. Accidentes que se produzcan cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez, o bajo el efecto de drogas, o en estado de sonambulismo. Se considera que existe ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroja un resultado mayor de 0.50 gr./lt. al momento del accidente o de acuerdo con lo que establezcan las normas legales y/o administrativas competentes. Las partes convienen en establecer, para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr. /lt. por hora, conforme a la fórmula utilizada por la Sanidad de la Policía Nacional.

6. Accidentes originados por hacer uso de enervantes, estimulantes o cualquier droga ilegal u otra sustancia similar, salvo que se demuestre prescripción médica de un médico profesional colegiado.
7. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un accidente.
8. Enfermedades o dolencias a consecuencia de problemas en la columna vertebral.
9. Salvo pacto en contrario, esta Póliza no ampara accidentes que se originen por participar en las siguientes actividades:
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección, actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el ASEGURADO.
 - b) Aviación privada cuando el ASEGURADO participe como tripulante o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
 - c) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el ASEGURADO.
 - d) Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres en las que participe directamente el ASEGURADO.
 - e) Práctica profesional de deportes y actividades de riesgo. Ejemplo: carreras de automóviles, motocicletas, motonetas, incluyendo las de agua, las de carreras de bicicletas o caminata de montaña, practica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, tabla hawaiana, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza de fieras, andinismo, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.

Si se han otorgado coberturas opcionales, éstas pueden incluir exclusiones, las que recomendamos leer.

CLAUSULAS ADICIONALES:

- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Al producirse el desempleo involuntario o la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad el ASEGURADO deberá efectuar el aviso del siniestro a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares de la Póliza, dentro de los 7 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Posteriormente, el ASEGURADO, o su BENEFICIARIO en el caso de la cobertura de Incapacidad Temporal, deberá entregar en las oficinas de PACIFICO SEGUROS o del COMERCIALIZADOR lo siguiente:

1. Carta simple o formulario designado para tal fin, dirigido a Pacifico Compañía de Seguros y Reaseguros, informando la ocurrencia del siniestro.
2. Según corresponda deberá entregar los siguientes documentos adicionales:

Documentos a presentar en caso de siniestro de Desempleo Involuntario	Trabajador formal con contrato de Trabajo a Plazo Indefinido	Trabajador formal con Contrato de Trabajo a Plazo Fijo	Empleados públicos	Miembros de FFAA y Policiales
---	--	--	--------------------	-------------------------------

Original de la Declaración Jurada firmada por el Asegurado confirmando su situación de desempleado. Esta declaración deberá ser presentada de manera mensual.	X	X	X	X
Estado de cuenta ORIGINAL de la AFP u ONP del mes en curso. Este documento deberá actualizarse y ser presentado de manera mensual.	X	X	X	X
Certificación de reproducción notarial (antes Copia legalizada) del DNI	X	X	X	X
Certificación de reproducción notarial del recibo de la última obligación de pago de la deuda con el CONTRATANTE, antes de la ocurrencia del siniestro, si es que corresponde de acuerdo al tipo de cobertura o modalidad de indemnización.	X	X	X	X
Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de las tres últimas boletas de pago de remuneraciones.	X	X	X	X
Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la carta o comprobante de pago de la compensación por tiempo de servicios (CTS) debidamente firmada y sellada por el empleador.	X	X	X	
Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la carta de despido sellada y firmada por el empleador o documento similar que sustente el desvinculo laboral. En caso de no contar con los documentos de despido formalmente cursado por el empleador, se deberá presentar la constatación policial o de la autoridad administrativa de trabajo que dé cuenta del despido del hecho producido.	X	X		
Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la liquidación de beneficios sociales por despido o mutuo disenso y/o constancia de pago.	X	X		
Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del Contrato de Trabajo		X		
Indicación en carta simple del Número del CUSSP (Seguro social)			X	

Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la resolución administrativa equivalente a la Carta de Despido de los trabajadores de la actividad privada, en donde conste la fecha de término de la relación laboral y el motivo para poner fin a la misma. El motivo no debe estar contemplado como una causa justa dentro de la norma correspondiente aplicable al trabajador del sector público (empleado público).			X	
Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por su Institución).			X	
Documento original de la Resolución de cese o documento expedido por la Autoridad Administrativa de las Fuerzas Armadas o Policiales, según corresponda.			X	X
Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la liquidación de beneficios sociales por cese (o documento similar expedido por la Autoridad Administrativa de las Fuerzas Armadas o Policiales, según corresponda).				X
Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) por un notario público del carné de identidad de la Institución.				X

Documentos en originales a presentar en caso de siniestro por Incapacidad Temporal por Accidente y/o Enfermedad

**Original de la Declaración Jurada firmada por el ASEGURADO confirmando su situación de incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad.
Esta declaración deberá ser presentada actualizada de manera mensual.**

Original de la Autorización del ASEGURADO para revisión de historias clínicas.

**Original del Certificado médico en el que conste la información sobre los días requeridos de reposo por Incapacidad Temporal, detallando.
Esta declaración deberá ser presentada actualizada de manera mensual.**

1. Causas de incapacidad.
2. Diagnóstico definitivo.
3. Numero de historia médica.
4. Tratamiento realizado y los documentos sustentatorios (exámenes auxiliares).
5. Pronóstico, días de descanso.
6. Clínica u hospital donde recibió la atención.
7. Médico especialista.
8. Fecha de atención.

Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del recibo de la última obligación de pago de la deuda con el CONTRATANTE, antes de la ocurrencia del siniestro, según corresponda.

Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del DNI.

Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de su Declaración Jurada de rentas de 4ta categoría.

Copia Legalizada de su Declaración Jurada de rentas de 3era categoría (empresa individual de responsabilidad limitada).

En todos los casos PACÍFICO SEGUROS podrá requerir cualquier la aclaración o información adicional respecto de la documentación presentada, siempre que esté relacionado con el siniestro, lo cual deberá solicitarlo dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días calendarios que tiene para consentir el siniestro o rechazarlo.

IMPORTANTE

- **Las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO al CONTRATANTE, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a Pacífico Seguros Generales, en adelante “PACIFICO SEGUROS”. Asimismo, los pagos efectuados por el ASEGURADO al CONTRATANTE, se consideran abonados a PACIFICO SEGUROS.**
- **PACIFICO SEGUROS es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas por el CONTRATANTE en la póliza N° XXXXX.**
- **En ese sentido, PACIFICO SEGUROS es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el CONTRATANTE, sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.**
- **El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la póliza de seguro a PACIFICO SEGUROS y/o CONTRATANTE, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.**

La información contenida en este certificado es a título parcial, todos los términos y condiciones de este seguro se encuentran definidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales, de ser el caso.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO En los casos que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por comercializadores, el CONTRATANTE o el ASEGURADO, según corresponda, tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o de la nota de cobertura provisional, debiendo PACÍFICO SEGUROS en ambos casos devolver el monto de la prima recibida. El CONTRATANTE o el ASEGURADO, para tal efecto deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación señalados en las condiciones de la Póliza-Simplificada o el Certificado de Seguro, o utilizando el mismo medio, forma y lugar que se usó para la

contratación del seguro. La prima le será devuelta en el plazo máximo de 30 días calendario de recibido el requerimiento.

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA: Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO de manera unilateral y sin expresión de causa podrá solicitar la resolución del contrato o del certificado de seguro respectivamente, a PACIFICO SEGUROS. Estando a lo anterior el CONTRATANTE y/o ASEGURADO de manera unilateral y sin expresión de causa podrán solicitar la resolución a la COMPAÑÍA y se considerará resuelto automáticamente a partir del día en que la COMPAÑÍA reciba dicha solicitud por cualquiera de los canales de comunicación pactados.. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tendrá derecho a que se le devuelva la prima cobrada por el periodo no cubierto, sin que se le aplique penalidades ni cobros adicionales.

MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: El CONTRATANTE tiene derecho a aceptar o no las modificaciones a la Póliza que le proponga PACIFICO SEGUROS durante la vigencia del contrato. En el caso que no acepte el contrato no se resuelve hasta el término de su vigencia. PACIFICO SEGUROS deberá proporcionar la documentación suficiente al CONTRATANTE para que ponga en conocimiento de los asegurados, las modificaciones incorporadas.

CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO:

El CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO cuentan como canal de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura con la Central de Información y Consultas de Pacífico Seguros al 513-5000 en Lima ó 0-801-1-5001 en provincias / Torre Pacífico Av. Juan de Arona N° 830 San Isidro.

INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:

Se informa al ASEGURADO que existen diferentes instancias para presentar reclamos y/o denuncias en contra de la COMPAÑÍA, como son:

- **Defensoría del Asegurado:**

En tanto el monto del siniestro no supere los US\$ 50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe Telf: 01 4210614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307, San Isidro.

- **Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones:** Atiende denuncias.

Departamento de Servicios al Ciudadano, Teléfono: (0800) 10840, Dirección: Av. Av. Dos de Mayo 1475, San Isidro 15073, Web: www.sbs.gob.pe

- **Indecopi:**

Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe

- **SuSalud:**

Dirección: Av. Alejandro Velasco Astete 1398, Santiago de Surco, TELÉFONO: (511) 372-6150

Cargas: “El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho”.

Agravación del riesgo: Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado

Funcionario de la COMPAÑÍA

Fecha de emisión

DATOS DE CONTACTO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:

PACÍFICO SEGUROS GENERALES

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros o PACÍFICO SEGUROS.

RUC 2033297041120100035392.

Dirección Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima.

Página web: www.pacifico.com.pe

Teléfono: (+51) XXXXXXXXXXXX

Correo electrónico: xxxxxxxxxxx@pacifico.com.pe

CONTRATANTE:

XXXX

Denominación o Razón Social

R.U.C.: XXXXX

Dirección: XXXXX

Teléfono: XXXX

Correo Electrónico:

