

SOLICITUD DE SEGURO N°

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 | | Fecha de nacimiento / / |
| Dirección | | | | |
| Distrito | | Provincia | | Departamento |
| Correo electrónico | | Celular | | Teléfono fijo |
| Nacionalidad | | Profesión | | |

BENEFICIARIO(S):

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | Relación con el ASEGURADO | Porcentaje |
|------------------|------------------|---------|---------------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |

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

ENFERMEDADES O CONDICIONES PREEXISTENTES:

XXX
XXX

Las coberturas básicas que tiene este seguro dependerán de si se trata de un Trabajador Dependiente o Independiente, según la condición laboral declarada en esta solicitud, 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 | CONDICION LABORAL | CONDICIONES Y DEDUCIBLES | SUMA ASEGURADA Hasta |
|------------------------|------------------------|---|----------------------|
| Desempleo involuntario | Trabajador Dependiente | <u>Periodo de carencia:</u> XX XXX a partir de la fecha de emisión de la Póliza. | XXX |
| | | <u>Deducible:</u> XX (XXX) | |
| | | <u>Antigüedad laboral mínima</u> (en el mismo centro de trabajo): XX (XXX) | |
| | | <u>Rango de edad:</u> entre XX y XX años, con un límite de permanencia hasta XX años, siempre que continúe trabajando | |
| | | <u>Periodo activo mínimo:</u> 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 |
| | | Deducibles: 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. | |

PLAZO DE CARENCIA: XXXXX (luego del plazo de carencia empieza la vigencia del seguro)

El cuadro señalado a continuación aplica para los casos en los cuales la COMPAÑÍA 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: XXXXX

IMPORTANTE:

- Cuando el CONTRATANTE de la Póliza sea una entidad del sistema financiero, La COMPAÑÍA es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas en la Póliza. En este sentido, la COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el CONTRATANTE con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
- El Certificado de Seguro se entregará al ASEGURADO en el momento de la firma de esta solicitud, salvo decisión del CONTRATANTE de entregarlo en fecha posterior. En todo caso, la COMPAÑÍA se obliga a entregar los certificados de seguro al CONTRATANTE, dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber presentado la respectiva solicitud de seguro, si no media rechazo previo de la misma.
- La comercialización de este seguro está sujeta a la aprobación del Crédito Efectivo que el solicitante del seguro haya efectuado con el CONTRATANTE, los montos podrán variar de acuerdo a la evaluación crediticia realizada por el Contratante.
- **Derecho de Arrepentimiento:** Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la Póliza o del Certificado, el Contratante o el Asegurado, según corresponda tendrá la facultad de dejar sin efecto el seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida.
- Mediante la firma de este documento autorizo a la COMPAÑÍA a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica proporcionada en la presente solicitud. Declaro conocer y estar de acuerdo con que las comunicaciones que sean dirigidas a esta dirección surtirán efectos y las consideraré recibidas a partir del momento en que éstas sean recibidas en

el servidor de mi cuenta del correo electrónico, independientemente del país en donde éste se encuentre físicamente instalado, considerándose igualmente que en este momento he tomado conocimiento del contenido del documento enviado por este medio.

- **ENVÍO DE PÓLIZAS ELECTRÓNICAS O PUESTA A DISPOSICIÓN**

Por la presente declaro que he sido informado por La Compañía, que la póliza de seguro o el certificado de seguro, según corresponda, me será enviada por correo electrónico a la dirección que incluído en esta solicitud y/o se pondrá a mi disposición la póliza o el certificado de seguro, según corresponda, dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la solicitud de seguro con todos los requisitos solicitados por la Compañía, si no media rechazo previo.

La puesta a disposición se realizará a través del aplicativo "Mi Espacio Pacífico", al cual podrás acceder desde nuestra página web (www.pacifico.com.pe) o que podrás descargar en tu dispositivo móvil.

En ambos casos, él envió o la puesta a disposición te permitirá leer tu póliza o certificado, según corresponda, su impresión, su conservación y reproducción sin cambios.

- **HISTORIA CLÍNICA**

Por el presente autorizo expresamente a PACIFICO SEGUROS a tener acceso a toda la información médica que le requiera para los efectos del pago de la(s) cobertura(es) debida por PACIFICO SEGUROS, para lo cual lo he autorizado expresamente que la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento de atención médica, así como a los médicos tratantes, a que exhiban mi historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, únicamente al momento en que PACIFICO SEGUROS tenga necesidad de revisar cualquier solicitud de cobertura que le presente el ASEGURADO en caso de siniestro, como consecuencia de la presente póliza.

- **PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

Conforme a la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, se informa al Contratante y/o posible Asegurado que los datos personales (incluyendo los sensibles) que suministren en el presente documento (y, de ser el caso, los datos personales que se suministren a lo largo de la relación que el presente documento genere) se incorporarán a una o más bases de datos automatizadas o no automatizadas de las que la COMPAÑÍA (PACÍFICO SEGUROS) es o será titular.

Estando a lo anterior, autorizo libre, informada, expresa e inequívocamente a PACÍFICO SEGUROS para que mis datos personales (incluyendo los sensibles) los incorpore a sus bases de datos y/o los trate (de la manera más amplia permitida por las leyes aplicables, ya sea directamente o a través de terceros en el Perú o en el extranjero), a fin de que pueda ejecutar correctamente el contrato de seguro, utilizarlos para fines comerciales, envío de publicidad y/o promociones de diferentes productos o servicios (ya sea de aquéllos que PACÍFICO SEGUROS brinda o por medio de las distintas asociaciones comerciales que éste pueda tener) y a efectuar flujos transfronterizos de dichos datos personales.

Asimismo, los autorizo a compartir mis datos personales contenidos en sus bases de datos con sus empresas vinculadas y/o subsidiarias y/o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o con las empresas con las que hayan suscrito contrato de comercialización, para los fines arriba indicados, quienes podrán tratarla y almacenarla en sus respectivas bases de datos.

Acepto No acepto

Firma del ASEGURADO / Firma del
CONTRATANTE

Fecha de Emisión

Acepto las condiciones arriba indicadas

EMPRESA DE SEGUROS:

PACÍFICO CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS

Juan de Arona 830, San Isidro, Lima

RUC: 20332970411

Teléfono: (+51) XXXXXXXXXXXX

Correo electrónico: xxxxxxxxxxxx@pacifco.com.pe

www.pacifico.com.pe

CONTRATANTE:

XXXX

R.U.C.: XXXXX

Dirección: XXXXX

Teléfono: XXXX