

MÁS POR TU FAMILIA

PÓLIZA SIMPLIFICADA

PÓLIZA SIMPLIFICADA N° XXXXXXXXXXXXX
MICROSEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES

“MÁS POR TU FAMILIA”

(Código SBS N° AE0446100072)

El Pacífico-Peruano Suiza Compañía de Seguro y Reaseguro S.A. (en adelante la Compañía), con R.U.C. N° 20100035392, con teléfono «XXXXXXX», con domicilio XXXXXXXX emite la presente póliza simplificada conforme a los siguientes términos y condiciones:

I. SOLICITUD DE SEGURO:

1. DATOS DE LOS ASEGURADOS:

1.1 ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos Completos:

Tipo y N° de Documento de Identidad:

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono:

Edad: Sexo: Estado Civil:

Domicilio:

Físico: Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Electrónico (Correo):

1.2 DATOS DEL CONYUGE O CONVIVIENTE ASEGURADO:

Nombres y Apellidos Completos:

Tipo y N° de Documento de Identidad:

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono:

Edad: Sexo: Estado Civil

Domicilio Físico:

Dirección:

Distrito:

Provincia: Departamento:

Electrónico (Correo):

2. CONDICIONES DE ACCESO Y EDADES LÍMITE DE INGRESO Y PERMANENCIA:

Podrán asegurarse las personas desde los 18 años de edad, sin límite de edad máxima de ingreso, sin embargo sólo podrán permanecer asegurados hasta el día que cumplan los 70 años de edad, debiendo entenderse que la edad máxima de permanencia en el seguro es de 70 años.

Es requisito para contratar este seguro que el Asegurado Titular y su Cónyuge o Conviviente Asegurado, en caso corresponda, no excedan la edad máxima de ingreso antes indicada. Si el Asegurado Titular cumple la edad límite durante el periodo del contrato la cobertura que otorga esta póliza terminará. Si su Cónyuge o Conviviente Asegurado cumplen la edad límite durante el periodo del contrato, la cobertura que otorga esta póliza terminará para esa persona.

3. BENEFICIARIOS:

3.1 EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR (Indemnización y Renta – máximo 1 persona)

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular por un siniestro amparado en esta póliza simplificada, la Compañía pagará la suma asegurada señalada al Beneficiario designado por él en el recuadro siguiente:

Nombres Apellidos	Parentesco	Porcentaje (%)	y
------------------------------	-------------------	-----------------------	----------

3.2 EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE ASEGURADO:

En caso de fallecimiento del cónyuge o conviviente del Asegurado Titular, la indemnización será pagada al Asegurado Titular.

3.3 EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR Y SU CÓNYUGE O CONVIVIENTE:

En caso de que el Asegurado Titular y su Cónyuge o Conviviente fallezcan en el mismo accidente, la indemnización se pagará al beneficiario designado por el Asegurado Titular y en ausencia de este, la indemnización irá a los herederos legales del Asegurado Titular.

3.4 EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL O PARCIAL POR ACCIDENTE:

Para las coberturas de Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente, se considerará como beneficiario al propio Asegurado Titular o Cónyuge o Conviviente Asegurado, según corresponda. En caso de impedimento de aquel, el beneficio será entregado a su Cónyuge o Conviviente, curador o apoderado especial.

3.5 DISPOSICIONES ADICIONALES:

Si no llenó el recuadro señalado en la presente cláusula o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se registrará como beneficiarios a los herederos legales del Asegurado Titular, según corresponda en el orden legal establecido y en partes iguales.

Cualquier cambio de beneficiario se hará en forma expresa y por escrito personalmente por el Asegurado Titular en cualquier momento posterior a la firma del presente documento y será válido siempre que se efectúe antes de la ocurrencia de un siniestro.

4. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

COBERTURAS:

SUMA ASEGURADA

(en «Moneda»)
Plan xxxxx
Asegurado Titular / Cónyuge o Conviviente

Asegurado

a) Muerte Accidental:

- Indemnización a pagar XXXXX
- Renta Mensual por Muerte Accidental, durante 12 meses. XXXXXX mensuales

b) Invalidez Permanente:

- Invalidez Permanente Total por Accidente XXXXX
- Invalidez Permanente Parcial por Accidente Hasta XXXXX

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Muerte e Invalidez Permanente. Si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Permanente, la Compañía deducirá de la suma asegurada por Muerte la indemnización pagada por Invalidez Permanente.

5. BENEFICIOS ADICIONALES:

Esta póliza podrá contar con los siguientes beneficios adicionales a las coberturas contratadas, sin costo adicional para el Contratante, y se especificará de corresponder cuál beneficio se otorga debiéndose consignar en esta póliza simplificada:

- Afiliación automática del cónyuge o conviviente: El cónyuge o conviviente estará afiliado con las mismas coberturas y sumas aseguradas del Asegurado Titular.
- Reposición del medidor termomagnético* En caso de robo o hurto por un máximo de 2 eventos al año.

*Medidor termomagnético: Es el medidor que capta el consumo o suministro de energía eléctrica por kilovatio hora que se encuentra instalado en el exterior de cada vivienda que cuente con el servicio de suministro eléctrico.

6. PRIMA DEL SEGURO:

PRIMA TOTAL

(prima comercial e impuestos) «Moneda» «X.XX»

FRECUENCIA: mensual

OPORTUNIDAD Y FORMA DE PAGO: Prima cargada en el recibo de luz

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, salvo que se acuerde que no hay obligación de pagar la prima adeudada lo que debe constar por escrito en esta póliza.

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. La resolución se dará a partir de la fecha en que se produjo el incumplimiento en el pago.

La comisión por comercializadores/corredores de seguros/promotores de seguros forma parte de la prima comercial.

7. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA SIMPLIFICADA:

Fecha de Inicio de Vigencia: XXXXXX

Fecha de Fin de Vigencia: XXXXXX

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

8. COMERCIALIZADOR / INTERMEDIARIO:

Denominación:

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. IMPORTANTE:

1. Las comunicaciones, solicitudes de cobertura y pagos efectuados al Comercializador, de la presente Póliza Simplificada, por las coberturas otorgadas, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a la COMPAÑÍA. Se entiende que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por la compañía de seguros.

2. La firma de la presente póliza valida toda la información proporcionada. El ASEGURADO declara que todas las respuestas son verídicas y completas y manifiesta de manera clara y voluntaria su intención de contratar el seguro y pagar las primas correspondientes. Asimismo, el ASEGURADO declara que es de su conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad hecha con dolo o culpa inexcusable determina la nulidad del contrato del seguro y en consecuencia toda obligación de la COMPAÑÍA.

10. MEDIOS DE COMUNICACIÓN PACTADOS

Escritas (físicas o mediante correo electrónico) ó telefónicas.

II. CONDICIONES GENERALES

1. 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.

• **Asegurado:** Se refiere al Asegurado Titular como al Cónyuge o Conviviente Asegurado, en caso corresponda.

• **Beneficiario:** Es la persona designada en la Póliza Simplificada como titular 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.

2. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS:

Sujeto a las coberturas contratadas, 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 4 de la presente Póliza Simplificada; según el plan de seguro convenido, el mismo que estará destinado a otorgar alguna de las siguientes coberturas:

• **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.

• **RENTA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL:** En caso proceda el pago de la cobertura de Muerte Accidental, la Compañía pagará a favor de los beneficiarios, según el porcentaje asignado, una renta mensual cuyo monto y duración se especifica en la presente Póliza Simplificada.

• **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:

- 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:	100%
- Paraplejia o Cuadriplejia por fractura de la columna vertebral:	100%
- Pérdida total de la visión en ambos ojos o de ambos miembros oculares:	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 una pierna.	100%
- Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie:	100%

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 Permanente Parcial Miembros Superiores:	% de indemnización Miembro derecho	% de indemnización Miembro izquierdo
Pérdida de un brazo (arriba del codo)	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%	36%
Pérdida total del dedo pulgar de la mano	20%	18%
Pérdida total del dedo índice	16%	14%
Pérdida total del dedo medio	12%	10%
Pérdida total del dedo anular	10%	8%
Pérdida total del dedo meñique	6%	4%

Invalidez Permanente Parcial Miembros Inferiores:	% de indemnización Miembro derecho	% de indemnización Miembro izquierdo
Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60%	
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	50%	
Pérdida de un pie	35%	
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%	
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%	
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%	
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5cm	15%	
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3cm	8%	
Pérdida total del dedo gordo de un pie	10%	
Pérdida total de cualquier otro dedo de un pie	4%	

Invalidez Permanente Parcial (otros):	Porcentaje de indemnización
Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo	40%
Reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
Ablación de la mandíbula inferior	60%
Sordera total e incurable de un oído	15%

El porcentaje de indemnización es aplicado sobre la suma asegurada indicada en el acápite 4 de la presente Póliza Simplificada.

El pago de las coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Permanente Total por Accidente o Invalidez Permanente Parcial por Accidente determina la terminación del contrato de seguro.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Muerte e Invalidez Permanente. Si la Muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Permanente, La Compañía deducirá de la suma asegurada por Muerte, la indemnización pagada por Invalidez Permanente.

Para los efectos del presente contrato, los términos pérdida total y la pérdida completa son sinónimos.

3. EXCLUSIONES:

La Compañía no pagará la indemnización prevista en esta Póliza Simplificada, cuando los siniestros ocurran como consecuencia de o se originen por:

- 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) La muerte del Asegurado provocada por uno o más beneficiarios, en lo que a este o estos corresponda, quedando a salvo el derecho de los demás beneficiarios, según sea el caso.
- g) El estado de alcoholismo o drogadicción del Asegurado. Para determinar el grado de alcoholismo se tomará como referencia el porcentaje establecido por la ley para el caso de los accidentes de tránsito. Para determinar el grado de drogadicción bastará que el análisis de sangre (toxicológico) de positivo.

4. 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.

5. TERMINACION DEL SEGURO:

La presente póliza terminará 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, en un plazo máximo de cinco (5) días calendario.
- 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. La Compañía devolverá la prima que hubiese recibido por el periodo no devengado de cobertura, en un plazo máximo de cinco (5) días calendario.

La terminación del contrato deberá ser comunicada por la Compañía, al Asegurado Titular, por escrito con una anticipación de 15 días a la fecha de resolución.

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 de las coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Permanente Total por Accidente o Invalidez Permanente Parcial por Accidente.
- c) Al cumplir el Asegurado la edad límite de permanencia.
- d) Al vencimiento del plazo establecido en la Póliza Simplificada.
- e) Transcurridos noventa (90) días desde la fecha de vencimiento para el pago de la prima, sin que se regularice el pago de la misma.

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, y haya prima no devengada por devolver, la Compañía devolverá al Contratante la prima por el tiempo no transcurrido en efectivo o con cargo en cuenta si así lo requiere, en el plazo de 15 días de solicitada la devolución de la prima.

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 comprobase 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 un plazo máximo de cinco días. 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.

6. 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 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, en caso corresponda.
- d) Resultado del examen de Dosaje Etílico (alcolemia), en caso corresponda.
- e) Resultado del Análisis Toxicológico (drogadicción), 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.

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. En caso de Renta Mensual por Muerte Accidental, el pago se realizará en 12 pagos mensuales iguales. El pago de la indemnización será exigible dentro del plazo de veinte (20) días calendarios 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.

7. 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.

8. 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 de Vida 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.

9. 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.

10. 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.pacificoseguros.com (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. 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.pacificoseguros.com 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.

11. REGISTRO NACIONAL DE INFORMACION DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES

El presente contrato de 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 la Ley 29355.

«Nombre del Funcionario»
«Cargo del Funcionario»
PACÍFICO SEGUROS

«Nombre del Funcionario»
«Cargo del Funcionario»
PACÍFICO SEGUROS

ASEGURADO TITULAR
Fecha: __/__/_____
Hora: _____

HUELLA
DIGITAL

FIRMA DEL ASESOR DE VENTA
NOMBRE: _____
CÓDIGO: _____