

**PÓLIZA DE SEGURO DE SEPELIO
RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE
“Seguro de Sepelio”**

RESUMEN

1. ¿Qué riesgos cubre?

Otorga a los beneficiarios una “Indemnización por Gastos Funerarios” en caso se produzca el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.

Coberturas Adicionales (opcionales):

- a) Crédito o Reembolso del Destino Final.
- b) Indemnización por Gastos funerarios del Cónyuge

2. ¿Cuáles son las Exclusiones?

Las principales exclusiones en caso de fallecimiento del Asegurado son las siguientes:

- a) Guerra; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole.
- b) Participación en un acto delictivo.
- c) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, si el Asegurado participa como elemento activo.
- d) Muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante.
- e) Estado etílico.
- f) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas.
- g) Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.
- h) Suicidio, salvo que hubieran transcurrido dos años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- i) Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios, no responsables, únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.
- j) Enfermedad o dolencia preexistente.

El detalle de las exclusiones se establece en la **Cláusula Décimo Novena de las Condiciones Generales y en la Cláusula Cuarta de la respectiva Cláusula Adicional. Si el siniestro se produjera como consecuencia de alguno de dichos supuestos no se otorgará la cobertura del seguro.**

3. ¿Cuál es la vigencia del presente seguro?

La vigencia de la presente póliza es la siguiente:

- Inicio: «dd/mm/aaaa»
- Fin: «dd/mm/aaaa»

4. ¿Cuál es el lugar y forma de pago de la prima?

El detalle del costo correspondiente al presente seguro es el siguiente:

	Monto («Mon»)
Prima Comercial	«XX.XX»
IGV	«XX.XX»
Total	«XX.XX»

El pago de la prima antes indicada tiene una frecuencia «mensual/semestral/anual».

5. ¿Cuáles son los canales para obtener información sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro?

A fin de obtener información sobre el procedimiento para presentar una solicitud de cobertura puede enviar un correo electrónico a consultas.beneficios@pacificovida.com.pe; llamar a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000; o, ingresar a nuestra página web www.pacifico.com.pe. Los documentos que deben adjuntarse a la

solicitud de cobertura se encuentran listados en la Cláusula Vigésimo Primera de las Condiciones Generales.

Ante el rechazo de la solicitud de cobertura de un siniestro, se podrá presentar un reclamo escrito dirigido a la propia Compañía o acudir gratuitamente a la Defensoría del Asegurado, entidad privada, cuyos principales datos son:

Web: www.defaseg.com.pe

Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 – Piso 9, San Isidro, Lima – Perú.

Telefax: 421-0614

6. ¿Cuáles son los canales de contacto de la Compañía?

Si tiene alguna consulta o requiere información adicional puede ingresar a nuestra página web: www.pacifico.com.pe; acercarse a nuestras oficinales de “Atención al Cliente” ubicadas en la Av. Juan de Arona 830, San

Isidro; o, llamar a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000.

7. ¿Cómo se ejerce el Derecho de Arrepentimiento?

El Contratante podrá resolver el contrato sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza o nota de cobertura provisional. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

**PÓLIZA DE SEGURO DE SEPELIO
RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE
“XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX”**

SUMARIO

I. Condiciones Particulares

II. Condiciones Generales

1. Definiciones
2. De los Documentos – Derecho de Arrepentimiento
3. Estructura de la Póliza
4. Normas para la Contratación de la Póliza
5. Consentimiento para el tercero
6. Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado
7. Indisputabilidad
8. Fecha de Inicio de Vigencia y Emisión de la Póliza
9. Descripción de la Cobertura – Indemnización por Gastos Funerarios
10. Titular de esta Póliza
11. Edad
12. Primas
13. Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas
14. Rehabilitación
15. Renovación
16. Cambios en las condiciones contractuales
17. Resolución de la Póliza por parte del Contratante
18. Terminación del contrato
19. Exclusiones - Riesgos no cubiertos
20. Designación de beneficiarios
21. Aviso de Siniestro – Procedimiento y requisitos para presentar una solicitud de cobertura
22. Solicitud de Cobertura Fraudulenta
23. Pago del Beneficio por Fallecimiento
24. Duplicado de la póliza y copia
25. Impuestos, Tasas y Contribuciones
26. Domicilio y comunicaciones
27. Prescripción
28. Mecanismos de Solución de Controversias
29. Cesión de Derechos
30. Moneda del Contrato

III. Cláusulas adicionales

Pacífico Seguros
Solicitud de Seguro de Sepelio

Solicitud N° _____

Complete cuidadosamente todas las preguntas de esta solicitud con tinta negra o azul y en mayúsculas.
Todos los campos son obligatorios y relevantes.

1. DATOS DEL CONTRATANTE (SOLICITANTE)

¿El Contratante es el propuesto asegurado titular? Sí ____ No ____

Vínculo con el propuesto asegurado: : _____

Nombres Completo: : _____

DNI : _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Dirección electrónica (correo): _____

Dirección física: _____

2. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR (Completar únicamente si el Contratante y el Asegurado son personas distintas)

Nombres Completo: : _____

DNI : _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Para efectos del presente seguro, el domicilio del Asegurado será el domicilio del Contratante.

3. DATOS DE ASEGURADOS ADICIONALES (Completar solo en caso de solicitar el Plan Familiar)

a) Asegurado Adicional 1

Nombres Completo: : _____

DNI : _____

Fecha de nacimiento: _____

Parentesco: _____

b) Asegurado Adicional 2

Nombres Completo: : _____

DNI : _____

Fecha de nacimiento: _____

Parentesco: _____

c) Asegurado Adicional 3

Nombres Completo: : _____

DNI : _____

Fecha de nacimiento: _____

Parentesco: _____

d) Asegurado Adicional 4
 Nombres Completo: : _____
 DNI : _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Parentesco: _____

4. BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR GASTOS FUNERARIOS

Herederos Legales Otros beneficiarios (*)

(*) Se requiere que existe interés asegurable entre el Propuesto Asegurado y el Beneficiario. Si no se indica porcentaje o hay un error en los mismos, se registrará que es en partes iguales. Si no llenó el recuadro, si marcó ambas opciones, si no llenó la información completa o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se registrará como beneficiarios a los herederos del Asegurado.

Si usted marcó la opción "Otros beneficiarios", le solicitamos se sirva llenar los siguientes cuadros:

Beneficiarios Principales: (Apellidos, Nombres)	Parentesco/Vínculo	Fecha Nacimiento	Porcentaje %	Documento de identidad

Beneficiarios Contingentes: (Apellidos, Nombres)	Parentesco/Vínculo	Fecha Nacimiento	Porcentaje %	Documento de identidad

5. TIPO DE PLAN

COBERTURA PRINCIPAL	PLAN	
	INDIVIDUAL	FAMILIAR
Indemnización por Gastos Funerarios (Solo Asegurado Titular)	«Mon»«XX,XXX.XX»	«Mon»«XX,XXX.XX»
COBERTURAS ADICIONALES		
Indemnización por Gastos Funerarios del Cónyuge	«Mon»«XX,XXX.XX»	«Mon»«XX,XXX.XX»
Crédito o Reembolso del Destino final (Hasta XX familiares del Asegurado Titular)	Hasta «Mon»«XX,XXX.XX»	Hasta «Mon»«XX,XXX.XX» por Asegurado ⁽¹⁾

(1) La suma asegurada aplica por cada Asegurado.

6. IMPORTE, FRECUENCIA Y MODALIDAD DE PAGO DE LA PRIMA

Plan Individual «Mon»«XX.XX»

Plan Familiar «Mon»«XX.XX»

Frecuencia de pago: «XXXXXXXXXXXXXXXX»

Modalidad de pago: «XXXXXXXXXXXXXXXX»

-
- Si usted ha elegido cargo automático, deberá llenar el formato adjunto de autorización de débito en cuenta bancaria o tarjeta de crédito.
 - Las primas de los seguros de vida contratadas por personas naturales no incluyen el IGV. Actualmente, las pólizas de seguro de vida se encuentran inafectas del IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural que reside en el Perú.

Oportunidad de pago - Consecuencias del incumplimiento: La fecha de vencimiento de las primas pactadas será el primer día calendario de cada mes/semestre/año, según frecuencia de pago elegida. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguros por falta de pago de primas de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro.

Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima, el contrato de seguro quedará extinguido.

7. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

- 1.- Por medio del presente documento solicito a la Compañía la emisión del(de los) seguro(s) antes indicado(s) y reconozco que no habrá contrato(s) de seguro a menos que la Compañía encuentre satisfactorias las condiciones de asegurabilidad y todos los requisitos solicitados respecto del propuesto asegurado y/o contratante, manifestando su aprobación a través de la emisión de la(s) póliza(s) de seguro respectiva(s). Asimismo declaro conocer que la Compañía no procesará solicitudes con datos, documentos o evaluaciones incompletas. Los requisitos mínimos para iniciar la evaluación de este documento son: copia del Documento de Identidad del contratante y del propuesto asegurado. El Contratante y/o Propuesto Asegurado declaran conocer que, no habrá contrato de seguro (póliza) a menos que se apruebe la presente Solicitud
- 2.- Dentro de los 15 días siguientes de presentada la solicitud de seguro y completada la información y/o requisitos adicionales, la Compañía entregará la póliza a través del domicilio contractual del Contratante. Para asegurar la integridad y autenticidad de la póliza, en caso la entrega se realice a través de correo electrónico, esta contará con la firma electrónica del representante de la Compañía y será enviada con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad.
- 3.- Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con la evaluación de la presente solicitud y cualquier comunicación futura relacionada con la póliza de seguro a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación con por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica comunicada a la Compañía.
- 4.- El Contratante y/o Propuesto Asegurado autorizan a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la Compañía, incluyendo la referida al VIH/SIDA.
- 5.- Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por La Compañía se encuentra disponible en la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) bajo el Código SBS XXXXXXXXXXXX, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).
- 6.- Declaro conocer que ningún intermediario estará facultado para ofrecer excepciones a las condiciones establecidas por la Compañía y que el titular de la(s) póliza(s) emitida(s) en virtud de este documento será el Contratante (Solicitante). **Asimismo, declaro conocer que la Compañía no autoriza a su personal a**

recibir suma de dinero alguna en forma personal. En tal sentido, la Compañía no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el Contratante y/o Asegurado decida entregar al personal de la Compañía distinto al encargado de las cajas autorizadas a pesar de conocer esta prohibición.

7.- **Derecho de arrepentimiento:** Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la póliza o nota de cobertura provisional, el Contratante tendrá la facultad de resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima inicial que hubiese recibido sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

8.- **Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):**

8.1 Para la correcta ejecución de la relación contractual, EL CONTRATANTE / ASEGURADO ("EL CLIENTE") se obliga a mantener actualizada su información personal, financiera y crediticia ("LA INFORMACIÓN") y reconoce que PACÍFICO SEGUROS podrá tratarla, actualizarla, completarla y realizar flujos transfronterizos conforme a ley.

8.2 PACÍFICO SEGUROS conservará, tratará y realizará flujos transfronterizos con LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato.

8.3 Para el tratamiento de La INFORMACIÓN de EL CLIENTE, PACÍFICO SEGUROS utilizará diversos Encargados ubicados en el Perú y el extranjero, los cuales se han puesto a disposición del El cliente y también se encuentran detallados en <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>.

8.4 Su información será incluida en el banco de datos de Usuarios que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo el número de registro RNPDP-PJ N.º 774, de titularidad de PACÍFICO SEGUROS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú.

8.5 EL CLIENTE puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público o por teléfono o a través del Chat ubicado en nuestra página web www.pacifico.com.pe.

El detalle de nuestra Política de Privacidad se encuentra disponible en:

<https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>

9.- (*Aplicable en caso de comercialización a través de bancaseguros*) La Compañía es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas a través de la presente Solicitud. En este sentido, la Compañía es responsable por los errores u omisiones en que incurra el «Nombre de la Entidad Financiera» con motivo de la comercialización de este seguro.

En _____, el ____ de _____ de _____.

(Ciudad)



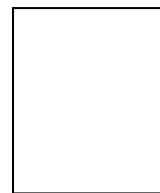
Huella Digital

Firma del Intermediario
(Consignar la firma del DNI)



Huella Digital

Firma del Propuesto Asegurado
(Consignar la firma del DNI)



Huella Digital

Firma del Contratante
(Si es distinto del Propuesto Asegurado, si es Persona Jurídica, incluir cargo y sello) (Consignar la firma del DNI)

Aclaración de Firma

Aclaración de Firma

Aclaración de Firma

El Intermediario declara bajo juramento que el Propuesto Asegurado/Contratante ha firmado este documento en su presencia.