

Seguro en Grupo de Accidentes Personales
“Adulto Seguro”

Código SBS XXXXXXXXXX – Póliza Grupal N° XXXXXXXXXX
Certificado de Seguro

PACÍFICO SEGUROS

www.pacifico.com.pe

(01)513-5000

Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima

DATOS DEL COMERCIALIZADOR/CONTRATANTE/TITULAR DE LA TARJETA

A. DATOS DEL COMERCIALIZADOR Y CONTRATANTE

Denominación social:

R.U.C.:

Dirección física:

Teléfono:

Página web (dirección electrónica):

B. DATOS DEL TITULAR DE LA TARJETA

Tipo de Documento:

Nro.

Nombres y Apellidos completos:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad: () Peruana () Otra _____ Sexo:

Estado Civil:

Ocupación:

Centro de Trabajo:

Domicilio Contractual: El domicilio contractual será, indistintamente, la dirección física, la dirección electrónica (correo) y teléfono, que se señalan a continuación:

Dirección física:

Dirección electrónica:

Celular:

DATOS DEL ASEGURADO

Relación con el Titular de la Tarjeta:

Tipo de Documento:

Nro.

Nombres y Apellidos completos:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad: () Peruana () Otra _____ Sexo:

Estado Civil:

Ocupación:

Centro de Trabajo:

Domicilio Contractual: El domicilio contractual será, indistintamente, la dirección física, la dirección electrónica (correo) y teléfono, que se señalan a continuación:

Dirección física:

Dirección electrónica:

Celular:

El Asegurado deberá tener entre 55 años (Edad Mínima de Ingreso) y 79 años (Edad Máxima de Ingreso), pudiendo permanecer asegurado hasta cumplir los 84 años.

BENEFICIARIOS PARA LAS COBERTURAS DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Beneficiarios

Nombre(s) y Apellidos

Participación (%)

Herederos Legales

100

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURA BÁSICA	SUMA ASEGURADA	NÚMERO MÁXIMO DE DÍAS O EVENTOS POR AÑO (*)
Muerte Accidental: La Compañía pagará la suma asegurada en caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia <u>inmediata</u> de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura.	«Mon»«XX,XXX»	No aplica
COBERTURAS ADICIONALES		
Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad: La Compañía pagará la renta diaria (suma asegurada) cuando, a consecuencia de un accidente o una enfermedad, el Asegurado deba ser internado necesariamente en un hospital o clínica por disposición de un médico.	«Mon»«XX,XXX» por día	«XX» días
Fractura ósea por Accidente: La Compañía pagará la suma asegurada, cuando el Asegurado sufra una fractura ósea a consecuencia de un accidente.	«Mon»«XX,XXX» por evento	«XX» eventos

(*) El año se contabiliza desde el día en el cual se incorpora el Asegurado al presente seguro.

DEFINICIONES IMPORTANTES:

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un 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 como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Fallecimiento inmediato:** Aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.
- **Fractura ósea:** Grieta o Ruptura total o parcial de un hueso.
- **Hospital/Clínica:** Institución legalmente autorizada como tal para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales. **No se consideran hospitales o clínicas, los consultorios, policlínicos, postas de salud, hoteles, balnearios, residencias, asilos, casas de reposo, casa para convalecencia, manicomios o instituciones para tratamiento psiquiátrico e instituciones dedicadas especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas o al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos, problemas de peso o tratamientos quiroprácticos.**
- **Médico:** Persona graduada en estudios de Medicina Humana de una universidad reconocida por la autoridad educativa del Perú y que posea título profesional a nombre de la Nación, para el caso de médicos peruanos, y título equivalente, para el caso de médicos extranjeros. **El médico no podrá ser el mismo Asegurado ni un pariente consanguíneo en cuarto grado o por afinidad en segundo grado del mismo.**

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el fallecimiento, hospitalización o fractura del Asegurado cuando este se produjera como consecuencia de:

- a) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, lesiones inferidas por terceros con el consentimiento del Asegurado, estando o no el Asegurado en su sano juicio.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Lesiones o enfermedades preexistentes al momento de adquirir este seguro.
- d) Acto delictivo cometido por el Beneficiario contra el Asegurado, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes Beneficiarios, si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al Beneficiario excluido.
- e) Adicionalmente, se excluye de la cobertura de Fractura Ósea por Accidente los siniestros causados a consecuencia de la enfermedad de Osteoporosis.

- f) Participación del Asegurado como sujeto activo de un acto delictivo o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- g) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos – litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo su deceso.
- h) El uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes.
- i) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en un avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario regular.
- j) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos y anestésicos.
- k) El denominado “Accidente Cerebro Vascular” y los denominados “Accidentes Médicos”, como los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.
- l) Contaminación radioactiva o fisión y fusión nuclear.

PRIMA COMERCIAL:

Monto con IGV:

Forma de pago:

Frecuencia de Pago:

El monto de la prima incluye la comisión del comercializador, la cual es equivalente al 33.8% de la prima comercial. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el seguro por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946. En todo caso, transcurridos 90 días desde el vencimiento del plazo para el pago de la prima, se entiende que el seguro queda extinguido.

VIGENCIA DEL SEGURO:

- Inicio de Vigencia: La cobertura se inicia respecto de cada Asegurado, a partir del día de la emisión del presente documento.
- Fin de Vigencia: Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente la póliza en virtud de la que se emite el presente documento y el crédito o línea de crédito asociada, en caso corresponda; (ii) la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago; (iii) el Asegurado no supere la Edad Máxima de Permanencia establecida en el presente documento; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

La Póliza Grupal N° XXXXXXXXXX, en virtud de la cual se emite el presente documento, tiene una vigencia anual renovable automáticamente. El inicio de vigencia de la Póliza Grupal fue el dd/mm/aaaa.

REQUISITOS Y CANALES DE ORIENTACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD DE COBERTURA:

Para recibir orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura podrá llamar al 615-6000 opción 2, ingresar a la página web www.segurosfalabella.com.pe o dirigirse a cualquier agencia de Comercializadora de Seguros Falabella. El beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando original o copia con certificación de reproducción notarial de los siguientes documentos:

En caso de fallecimiento accidental:

(a) Partida o Acta de Defunción. (b) Certificado Médico de Defunción completo. (c) Documento de identidad de los Beneficiarios. (d) Copia literal de la inscripción definitiva en Registros Públicos de la Sucesión Intestada o del Testamento, según corresponda, si los beneficiarios son los herederos legales instituidos conforme a ley. (e) Atestado o Informe Policial o Carpeta Fiscal completos, según corresponda. (f) Protocolo de Necropsia completo, cuando corresponda (incluye el dosaje etílico y el examen toxicológico).

En caso de hospitalización:

(a) Factura original de la institución hospitalaria. (b) Informe o Certificado médico indicando las causas, diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de alta.

En caso de fractura ósea:

(a) Informe o Certificado Médico en el que se consigne el diagnóstico y causa de la fractura ósea. (b) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al Asegurado.

Dentro de los primeros veinte (20) días de completada la información y/o documentación exigida para la evaluación de una solicitud de cobertura, la Compañía podrá requerir información y/o documentación adicional para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada; y, se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. Hasta que el Beneficiario cumpla con proporcionar la información y/o documentación adicional solicitada, se suspenderá el plazo para considerar un siniestro consentido, el cual se reanudará al día siguiente de completada toda la documentación adicional requerida.

RESOLUCIÓN DEL SEGURO:

El Asegurado Principal podrá solicitar la resolución del seguro adquirido sin expresión de causa, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su adquisición. La solicitud de resolución surtirá efectos a las 23:59 horas del día en el cual es notificada a la Compañía. En caso corresponda, la Compañía devolverá el monto de la prima pagada correspondiente al tiempo no transcurrido.

Se deja expresa constancia que el Asegurado ha sido informado y conoce las consecuencias que la desafiliación tiene sobre la cobertura del presente seguro.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía está disponible en la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° XXXXXXXXXXXXX, el cual es de acceso público a través de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe). En particular declaro conocer que el **seguro se renovará automáticamente, en las mismas condiciones, salvo que la Compañía informe al Contratante por escrito las modificaciones en caracteres destacados con por lo menos 45 días de anticipación. El Contratante dispondrá de 30 días para manifestar su rechazo, en caso contrario se entenderán aceptadas las nuevas condiciones. No procederá la renovación automática del seguro en caso rechace las modificaciones propuestas dentro del plazo antes indicado o el Contratante manifieste su intención de no renovarlo.**
2. En caso de siniestro, el Asegurado se compromete a realizar las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registro de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información o documentación solicitada por la Compañía en caso de siniestro, incluyendo la referida al VIH/SIDA.
3. **Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a mi domicilio contractual, el cual incluye de manera indistinta a mi dirección física, a mi correo electrónico y a mi celular; comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación de estos con por lo menos 15 días de anticipación. Reconozco que se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la última dirección física, correo electrónico y/o teléfono, informados en observación del plazo antes indicado; siempre y cuando la Compañía mantenga una constancia del envío de dichas comunicaciones; salvo que en la Ley del Contrato de Seguro se establezca que la comunicación debe ser realizada por escrito.**
4. **INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE TUS DATOS PERSONALES:**

En Pacífico Seguros nos preocupamos por la protección y privacidad de los datos personales de nuestros usuarios. Por ello, garantizamos la absoluta confidencialidad de tus datos y empleamos altos estándares de seguridad.

Estamos legalmente autorizados a tratar la información necesaria (personal, financiera, de contacto -como el número de celular, teléfono o correo electrónico-, localización y biometría -como reconocimiento facial o huella digital-, entre otros) y de carácter obligatorio que tenga por finalidad preparar y/o ejecutar la relación contractual que mantenemos y que nos entregues para tales efectos en los documentos correspondientes, o aquella a la que accedamos de manera legítima a fin de actualizarla y completarla. Para garantizar la adecuada ejecución de nuestra relación contractual, es necesario que tu información se encuentre siempre actualizada. Por tanto, deberás mantener actualizada tu información, sin perjuicio que en cumplimiento del Principio de Calidad nosotros la actualicemos, validemos o complementemos a partir de fuentes legítimas públicas o privadas (incluyendo redes sociales) a las que podamos tener acceso en el curso regular de nuestras operaciones.

Las comunicaciones que te podremos remitir en el marco de la ejecución de la relación contractual y/o su preparación, pueden estar relacionadas a información sobre el uso de nuestros canales, consejos de seguridad en el uso de sus productos, acceso a los diferentes canales de atención, estados de cuenta, mantenimiento de la relación comercial, encuestas de satisfacción, entre otros. Asimismo, para dar cumplimiento a las obligaciones y/o requerimientos que se generen en virtud de las normas vigentes en el ordenamiento jurídico peruano y/o en normas internacionales que le sean aplicables, incluyendo, pero sin limitarse a las vinculadas al sistema de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y normas prudenciales, podremos dar tratamiento y eventualmente transferir su información a autoridades y terceros autorizados por ley.

De acuerdo con la Ley N.º 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N°003-2013-JUS, así como las normas que las modifican o sustituyan, te informamos que tus datos personales serán almacenados en el banco de datos denominado “Usuarios” y “ que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo el número de registro RNPDP-PJP N.º774, de titularidad de Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., Calle Juan de Arona N° 830, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima. Pacífico Seguros conservará y tratará tu información mientras se mantenga nuestra relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizada.

Para el tratamiento de tu información, Pacífico Seguros utilizará diversos encargados ubicados en el Perú y en el extranjero (respecto de los cuales se realizará una transferencia al país donde están ubicados). Esta información se encuentra también disponible en [Lista Empresas Socios Comerciales \(pacifico.com.pe\)](#) y podrás acceder a ella en cualquier momento.

Pacífico Seguros podrá modificar cualquier disposición contenida en la presente sección informativa, informándote con una anticipación mínima de 45 días calendario, a partir de los cuales la modificación surtirá efecto.

Puedes ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición dirigiéndote a nuestro sitio web: [Política de privacidad | Transparencia - Pacífico Corporativo | Pacífico \(pacifico.com.pe\)](#), o a través de nuestra Central de Información y Consultas al [\(01\) 513 50 00](#)

También podrás consultar nuestra Política de Privacidad en: [Política de privacidad | Transparencia - Pacífico Corporativo | Pacífico \(pacifico.com.pe\)](#)

Derecho de Arrepentimiento: El Asegurado podrá resolver el seguro respecto de sí mismo, sin expresión de causa y empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la adquisición del seguro, dentro de los quince (15) días siguientes de recibida la solicitud-certificado o el certificado, según corresponda; en cuyo caso, 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.

La Compañía es responsable frente al Asegurado por la cobertura contratada, así como por todos los errores u omisiones en que incurra FALABELLA SERVICIOS GENERALES S.A.C con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros, se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado mediante Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Contratante/Asegurado o sus beneficiarios al FALABELLA SERVICIOS GENERALES S.A.C con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Fecha de Emisión: ____/____/____

«Nombre del funcionario de Pacífico»
«Cargo del funcionario de Pacífico»

«Nombre del funcionario de Pacífico»
«Cargo del funcionario de Pacífico»