

SOLICITUD DE SEGURO ADULTO SEGURO
PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A



Código SBS XXXXXXXX
Póliza Grupal N° XXXXXXXX

CONTRATANTE	:		PROPUESTA	:	
RUC	:		FECHA	:	
TELÉFONO	:		VIGENCIA DESDE	:	
DIRECCIÓN	:		VIGENCIA HASTA	:	

ASEGURADORA : PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A
RUC : 20332970411
DIRECCIÓN : Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima, Lima
TELÉFONO : (01) 513-5000
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA : www.pacifico.com.pe

DATOS DEL TITULAR DE LA TARJETA

CE/DNI	:		DEPARTAMENTO	:	
NOMBRE	:		PROVINCIA	:	
APELLIDO P	:		TELEFONO	:	
APELLIDO M.	:		E-MAIL	:	
FECHA NACIMIENTO	:				
DIRECCION	:				

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

CE/DNI	:		DEPARTAMENTO	:	
NOMBRE	:		PROVINCIA	:	
APELLIDO P	:		TELEFONO	:	
APELLIDO M.	:		E-MAIL	:	
FECHA NACIMIENTO	:				
DIRECCION	:				

PLAN CONTRATADO

PLAN: X ¿ACEPTAS LAS CONDICIONES? :SI

COBERTURAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONEDA	Suma Asegurada
	FALLECIMIENTO ACCIDENTAL	S/.	XX,XXX
	RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD	S/.	XX,XXX
	FRACTURA ÓSEA POR ACCIDENTE	S/.	XX,XXX

SOLICITUD DE SEGURO ADULTO SEGURO
PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A



Código SBS XXXXXXXX
Póliza Grupal N° XXXXXXXX

Beneficiarios

Nombre(s) y Apellidos	Participación (%)
Herederos Legales	100

PLAN PAGO

FORMA DE PAGO	XXXX	FRECUENCIA DE CUOTAS	12 mensuales	N° CUENTA BANCARIA	XXXXXXXXXXXX
PRIMA COMERCIAL MENSUAL			S/.	XXX	

LAS COBERTURAS SE ACTIVAN A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE SE EMITE EL CERTIFICADO DE SEGURO EN EL SISTEMA DE LA COMPAÑÍA.

Para obtener más información de su póliza, el Asegurado puede consultar las Condiciones Generales y Condiciones Particulares enviadas por La Compañía o visualizarlas a través de la página web www.pacifico.com.pe o a través del Portal del Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Plan	Muerte Accidental	Renta Hospitalaria	Fractura de Ósea por Accidente
Plan 1	S/90,000	S/90 x día (máx. 60 días por año)	S/1,100 por evento (máx. 3 eventos al año)
Plan 2	S/70,000	S/70 x día (máx. 60 días por año)	S/800 por evento (máx. 3 eventos al año)
Plan 3	S/40,000	S/50 x día (máx. 60 días por año)	S/400 por evento (máx. 3 eventos al año)

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

COBERTURA PRINCIPAL

Muerte Accidental: La Compañía pagará la suma asegurada en caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura.

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. (máx. 60 días por año)

Fractura ósea por Accidente: La Compañía pagará la suma asegurada, cuando el Asegurado sufra una fractura ósea a consecuencia de un accidente. (máx. 3 eventos al año)

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 o en relación con:

- 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 o en relación con la 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:

Frecuencia de Pago: Mensual

Renovación de la póliza: Anual automáticamente

El monto de la prima no incluye IGV. Las pólizas de vida están inafectas al IGV cuando el comprobante de pago se expide a personas naturales residentes en el Perú. 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.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Declaro que las respuestas dadas en el presente documento están hechas bajo declaración jurada, son verídicas y completas, y es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad de circunstancias relevantes o declaración inexacta, dolosa o mediando culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato de seguro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguros. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta o reticente de circunstancias relevantes que no obedece a dolo o culpa inexcusable, la Compañía podrá informarme la revisión del seguro; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el seguro.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

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 5000

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

Mediante la suscripción del presente documento, acepto afiliarme a la Póliza Grupal N° XXXXXXXX; emitida por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (Pacífico Seguros o la Compañía) y contratada por el Falabella Servicios Generales S.A.C. por lo que declaro conocer que me encuentro protegido dentro de los límites, condiciones y términos de las coberturas indicadas líneas arriba. Dentro de los 15 días siguientes de presentada la solicitud de seguro y completada la información y/o requisitos adicionales, la Compañía entregará o pondrá a disposición el Certificado de Seguro; o, comunicará el rechazo de la solicitud. Para asegurar la integridad y autenticidad del Certificado de Seguro, en caso la entrega o puesta a disposición 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.

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro, la cual le será proporcionada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud.

(En caso el seguro se ofrezca a través de comercializadores) 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 a FALABELLA SERVICIOS GENERALES S.A.C con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

CANALES DE ORIENTACIÓN

Comunicarse con Comercializadora de Seguros Falabella, al teléfono en Lima: 615-6000 opción 2, escribiendo al WhatsApp al 51 1 6156000, visitándonos en nuestras sucursales disponibles, escribiendo al correo correo estamoscontigo@falabella.com.pe o ingresando a la página web [www. www.segurosfalabella.com.pe](http://www.segurosfalabella.com.pe), donde también podrás consultar el centro de ayuda.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Contratante o el Asegurado, según corresponda, podrá resolver el seguro 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 póliza, 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.

El Contratante/Asegurado declara y firma el presente documento en señal de haber tomado conocimiento directo de las condiciones generales y particulares del seguro (obrantes en la póliza colgada en la siguiente web <https://www.pacifico.com.pe>, a la que ha tenido acceso, aceptando las autorizaciones para el tratamiento de datos personales contenidas en la presente Solicitud de Seguro, ha sido informado y absuelto las dudas por el personal de FALABELLA SERVICIOS GENERALES S.A.C. y en señal de todo lo anterior procede con su aceptación y firma.

Asegurado o titular de la tarjeta