

SEGURO DE ACCIDENTES ESTUDIANTIL

Código SBS N° AE0446100084 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

CERTIFICADO DE SEGURO N° XXXXX

Póliza N° XXXXXXXX

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros o PACÍFICO SEGUROS.

RUC 20332970411.

Dirección Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima.

Página web: www.pacificoseguros.com

Teléfono: (+51) XXXXXXXXXXXXX

Correo electrónico: xxxxxxxxxxxx@pacifco.com.pe

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre / razón social:

DNI / RUC:

Dirección:

Departamento:

Distrito:

Teléfono:

Provincia:

Correo electrónico:

ASEGURADO:

Nombres:

Apellido paterno:

Apellido materno:

Fecha de nacimiento:

Provincia:

Relación con el contratante:

Departamento:

DNI / CE / RUC

Teléfono:

Dirección:

Correo electrónico:

Distrito:

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

NOMBRES	AP. PATERNO	AP. MATERNO	FECHA NAC.	RELACIÓN CON EL CONTRATANTE	%
XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXX	X X

En caso no se consignara beneficiario, la COMPAÑÍA pagará la indemnización correspondiente a los herederos legales del ASEGURADO

DATOS GENERALES

VIGENCIA: desde xxxxxxxx hasta xxxxxx

Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA desde las...horas

Fecha de Fin: DD/MM/AAA

INTERÉS ASEGURABLE

Coberturas del Seguro	Sumas Aseguradas (deducibles y coaseguros a cargo del asegurado)
Cobertura Básica:	
Muerte accidental	XXXXXXXXXX
Coberturas Adicionales:	
Invalidez Permanente por accidente	XXXXXXXXXX
Gastos de curación por accidente, hasta	XXXXXXXXXX
Gastos de sepelio por accidente, hasta	XXXXXXXXXX

En caso de tener contratada la Cláusula Adicional de Cobertura Especial de Enfermedades, se cubrirán las siguientes:

XXXX

XXXX

EXCLUSIONES

Las indemnizaciones previstas en esta Póliza no se conceden si la muerte del ASEGURADO o las lesiones que sufra durante la vigencia de la póliza se deban, total o parcialmente a los siguientes riesgos, situaciones o condiciones no cubiertos:

- a) La participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- b) Enfermedades o deficiencias mentales y/o emocionales y/o curas de reposo.
- c) Pruebas diagnósticas, tratamientos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza.
- d) Las consecuencias no accidentales de embarazos o partos.
- e) Las patologías médicas o quirúrgicas que anteceden el accidente y/o que se compliquen o descompensen a consecuencia del mismo.
- f) Lesiones y condiciones pre existentes al momento de contratar este seguro.
- g) Los accidentes ocurridos cuando el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol y/o drogas, (sin importar su grado de presencia en la sangre) siempre que el accidente sea consecuencia directa de esos estados; o cuando se encuentre en estado de sonambulismo.

En caso específico de accidentes de tránsito y con relación a bebidas alcohólicas, se considera que el ASEGURADO se encuentra en estado de ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroja un resultado mayor de 0.50 gr./lt. al momento del accidente. Las partes convienen en establecer para

los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr./lt. por hora., Igualmente se considera que existe drogadicción cuando el examen toxicológico arroje presencia de intoxicación por fármacos o estupefacientes que den lugar a pérdida de la conciencia.

- h) Lesiones que el ASEGURADO sufre en el servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra internacional (con o sin declaración) o civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, terrorismo; en actos delictuosos, en que el ASEGURADO participe por culpa grave propia o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o por indicios razonables que se ha tratado de legítima defensa.**
- i) Lesiones causadas por ASEGURADO voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o tentativas de suicidio y lesiones causadas intencionalmente (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) al ASEGURADO por los beneficiarios de esta Póliza.**
- j) Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.**
- k) Los accidentes que se produzcan en la práctica profesional o como aficionado de deportes y/o actividades de riesgo siguientes carreras de automóviles, motocicletas, motonetas, incluyendo las de agua, así como carreras de bicicletas o caminata de montaña, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, canotaje, tabla hawaiana, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza de fieras, escalamiento de montañas, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales; salvo que ASEGURADO los hubiere declarado en su Solicitud y PACIFICO SEGUROS, previo pago de la extra prima correspondiente, los hubiere aceptado como riesgo, lo que debe constar en la Póliza.**
- l) Las complicaciones originadas en cuadros de hernias y discopatías degenerativas de columna vertebral ni sus agravaciones; cuadros clínicos de insolación; y las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.**
- m) Actos que infringen las leyes, normas o reglamentos vigentes, cuando sean delitos o constituya la causa del siniestro.**
- n) Cuando carezca de licencia oficial para manejar y/o cuando teniendo licencia para manejar ésta no faculte la conducción del vehículo, según reglamento de licencias para conducir.**
- o) Compra de células, tejidos y órganos. Terapia con células madres, factor de crecimiento plaquetario, albúmina humana.**
- p) Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento que sean originadas por la negligencia del propio paciente en perjuicio de su rehabilitación.**
- q) El uso de yeso acrílico para cualquier lesión traumática (esguinces, fracturas, entre otras) de menos de 5 días calendario. Se reconocerá el costo del yeso convencional.**
- r) Ortesis y prótesis externas, equipos para la rehabilitación de índole mecánica o electrónica de uso domiciliario, audífonos, implante coclear.**
- s) Implantes dentales.**
- t) Atenciones a domicilio, incluyendo cuidados particulares de enfermería o técnicas de enfermería, sean durante la hospitalización o en domicilio u otro centro de internamiento.**
- u) Cirugía plástica o estética y tratamiento de cicatrices queloides.**

- v) No se cubren medicamentos, insumos, implantes o prótesis que no estén aprobadas por la FDA (Food an Drug Administration – EEUU)
- w) Procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastía, discolisis laser, infiltración o nucleolisis facetaria, vertebroplastía y discografía."
- x) Infección por virus de inmunodeficiencia humana, sus complicaciones y consecuencias en cualquiera de sus estadios.
- y) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o hereditarios.
- z) Dispositivos para columna del tipo separadores intervertebrales, prótesis discales o vertebrales y cajetillas o cages.
- aa) Medicina alternativa o complementaria. Compra o alquiler de equipos médicos.

PRIMA Y FORMA DE PAGO

Prima Comercial	XXXXXXX
Prima Comercial⁽¹⁾ + IGV	XXXXXXX

(1) incluye monto desagregado o porcentaje de los cargos por la intermediación de corredores de seguros o la comercialización de promotores de seguros, la bancaseguros u otro comercializador.	XXXXXXXXXXXXXXXX
---	------------------

Es responsabilidad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, informar a PACIFICO SEGUROS de cualquier cambio, renovación, bloqueo, suspensión, anulación u otra modificación sobre la cuenta o tarjeta de crédito/débito donde se realicen los cargos mensuales del seguro.

Comisión del Comercializador: XXXXX

Lugar y Forma de pago: XXXXXXX

TCEA: XX% (en caso de prima fraccionada)

RELACIÓN DE CLÁUSULAS ADICIONALES APLICABLES AL SEGURO (dependiendo de las coberturas contratadas)

- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

1.1 AVISO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO

El ASEGURADO o sus Beneficiarios, producido un accidente indemnizable, están en la obligación de dar aviso a PACIFICO SEGUROS mediante carta, fax o correo electrónico o por cualquiera de los medios de comunicación pactados dentro de los quince (15) días calendario de conocida la ocurrencia o de conocido el beneficio, sea en el territorio nacional o en el extranjero.

PACIFICO SEGUROS dará por recibido el aviso respectivo aún con posterioridad, cuando se pruebe fehacientemente la imposibilidad de haber efectuado dicho aviso dentro de tales plazos.

Para que un accidente sea considerado como tal, es necesario que máximo dentro de los tres días de ocurrido, el ASEGURADO sea conducido a la clínica o centro médico más cercano de la red de proveedores de PACIFICO SEGUROS, en el Perú o en el extranjero.

PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

El ASEGURADO deberá presentar en el proveedor médico de la red, que haya elegido, su:

- Copia del Documento de Identidad.
- Original de la “hoja de denuncia de accidentes personales” proporcionado por el Centro Educativo, debidamente llenado y firmada, cuando el accidente se produzca en hora de estudios.

Los deducibles por atención deberán ser abonados en la misma clínica o centro médico, al momento de la atención.

De ocurrir el accidente fuera del horario de estudios o en día feriado se deberá presentar el carnet y regularizar la hoja de denuncia de accidentes al siguiente día útil de ocurrida la atención. La hoja deberá estar debidamente llenada, sellada y firmada por el Centro Educativo.

El ASEGURADO deberá tener en cuenta lo siguiente:

- No debe dejar su carné de asegurado en ninguna clínica afiliada en la Red de proveedores de salud.
- Si existiera algún inconveniente al momento de la atención de un ASEGURADO en alguna de las clínicas de la Red de Proveedores de Salud, deberá llamar inmediatamente a la Central de Información y Consultas de Pacifico Seguros al 01-5135000.
- Si existiera algún motivo de fuerza mayor que impida la atención de un ASEGURADO en la Red de Proveedores de Salud, deberá presentar la documentación sustitutoria del caso a las oficinas del corredor de seguros o Pacifico Seguros, para el reembolso respectivo, según las condiciones de la Póliza y los documentos que se señalan a continuación.
- En caso de accidentes de tránsito y/o para los casos de riñas, peleas y otros en los que participe el ASEGURADO y tercera personas, aún se trata de legítima defensa o para lesiones corporales causados por terceros, el ASEGURADO deberá presentar la denuncia policial ante las autoridades competentes realizada inmediatamente después de ocurrido el hecho.

EI CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán entregar a PACIFICO SEGUROS los siguientes documentos, en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL. (Aplicable también para la cobertura de GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE, de otorgarse):

- a) Formato de PACIFICO SEGUROS: “Hoja de Denuncia de Accidentes Personales”, debidamente llenada y firmada, que puede obtenerla en las oficinas o web de PACIFICO SEGUROS o en el centro educativo.

- b) Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO fallecido, en caso lo tenga en su poder.
- c) Certificado Médico de Defunción.
- d) Acta o Partida de Defunción.
- e) Protocolo de Necropsia completo, según corresponda.
- f) Examen toxicológico emitido por la Morgue en caso de haberse realizado.
- g) Resultado del examen de Dosaje Etílico emitido por la Sanidad Policial, en el caso de accidente de tránsito, cuando el ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo.
- h) Atestado Policial completo, según corresponda.
- i) Documento Nacional de Identidad de cada Beneficiario o heredero legal.
- j) Acta de Sucesión Intestada o Testamento (en caso de heredero legal).
- k) En caso de contar con la cobertura de gastos de sepelio, remitir la relación de los gastos en que se hubiese incurrido, debidamente sustentado con comprobantes de pago emitidos conforme a ley.

En caso de Muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente.

PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE (de otorgarse la cobertura y siempre que conste en el certificado de seguro)

- a) Formato de PACIFICO SEGUROS: “Hoja de Denuncia de Accidentes Personales”, debidamente llenada y firmada, que puede obtenerla en las oficinas o web de PACIFICO SEGUROS o en el centro educativo.
- b) Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO.
- c) Atestado Policial Completo, según corresponda.
- d) Resultado del examen de Dosaje Etílico emitido por la Sanidad Policial, en caso de accidente de tránsito, en el que el ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo.
- e) Certificado de invalidez permanente, total o parcial.

La invalidez permanente total será determinada únicamente por la Comisión Médica de las AFP (COMAF) o por la Comisión Médica de la SBS (COMEC) o por el Ministerio de Salud (MINSa) o por el Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD), según corresponda.

PARA LA COBERTURA DE GASTOS DE CURACION (de otorgarse la cobertura y siempre que conste en el certificado de seguro)

- a) Formato de PACIFICO SEGUROS: “Hoja de Denuncia de Accidentes Personales”, debidamente llenada y firmada, que puede obtenerla en las oficinas o web de PACIFICO SEGUROS o en el centro educativo.
- b) Certificado médico expedido por el médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables.
- c) Receta con la indicación del tratamiento correspondiente y su fecha de inicio emitida por un profesional médico colegiado.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN CASO DE REEMBOLSOS

- a) Formato de PACIFICO SEGUROS: “Hoja de Denuncia de Accidentes Personales”, debidamente llenada y firmada, que puede obtenerla en las oficinas

o web de PACIFICO SEGUROS o en el centro educativo, debidamente llenada por el Centro Educativo y el Médico tratante, en la cual se detalle las circunstancias del accidente y los motivos de no haber utilizado la Red de Proveedores médicos de PACIFICO SEGUROS.

- b) Recibo de honorarios profesionales a nombre del ASEGURADO, con el sello de cancelado.
- c) Facturas originales de farmacia y/o exámenes especiales a nombre de Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros (RUC 20332970411), originales de las recetas, órdenes del médico para exámenes y de los resultados obtenidos.
- d) En caso de tener radiografías, deberán ser adjuntadas con los informes radiográficos.
- e) Sólo se reconocerá como reembolso la primera atención de emergencia posterior al accidente del ASEGURADO, las mismas que no pudieron ser atendidas dentro de la Red de Proveedores. Las atenciones sucesivas deben ser atendidas dentro de los Proveedores médicos de la red de PACIFICO SEGUROS.
- f) No se reconocerá como reembolso ninguna atención bajo la cobertura dental u oftalmológica por accidente, ni gastos por rehabilitación o gastos posteriores a la primera atención del ASEGURADO posterior al accidente.
- g) El plazo máximo para la presentación de gastos médicos de un accidente cubierto por seguro es de 30 días calendario a partir de la fecha del siniestro. Posterior a este período no se reconocerá ningún gasto.
- h) Los reembolsos serán reconocidos tomando como base el “Tarifario Pacífico”.
- i) En caso de accidentes ocurridos fuera del territorio nacional, durante viajes eventuales del ASEGURADO, los gastos médicos se reconocerán tomando como base el “Tarifario Pacífico” y considerando los documentos que usualmente entregan los centros médicos en el extranjero.

El seguro no obliga a “PACIFICO SEGUROS” si no se dejare libre acceso a los médicos u otros funcionarios, autorizados por ella a ingresar al lugar donde se encuentra el ASEGURADO”.

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, PACIFICO SEGUROS se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los herederos o beneficiarios presentar su conformidad y su concurso si fueran imprescindibles, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los herederos o beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven, serán por cuenta de PACIFICO SEGUROS, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los herederos o beneficiarios.

En todos los casos PACÍFICO SEGUROS podrá requerir cualquier la aclaración o información adicional respecto de la documentación presentada, siempre que esté relacionado con el siniestro, lo cual deberá solicitarlo dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días calendarios que tiene para consentir el siniestro o rechazarlo.

Los documentos indicados, así como cualquier otro certificado y/o pruebas que guarden relación con el accidente y que PACIFICO SEGUROS considere necesarios, serán suministrados por cuenta del ASEGURADO y/o los Beneficiarios.

El ASEGURADO deberá presentar la documentación requerida en forma completa para que PACIFICO SEGUROS pueda iniciar el proceso de liquidación del siniestro y pagar las indemnizaciones por las coberturas que correspondan.

En caso que el ASEGURADO tuviera alguna consulta, duda e incluso reclamo correspondiente al seguro ofrecido, debe comunicarse con la Central de Información y Consultas llamando al número telefónico 01 513-5000 en Lima y provincias.

1.2 ATENCION MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE

Las situaciones de emergencia por accidente serán cubiertas por la clínica o centro médico de la red de proveedores de PACIFICO SEGUROS que elija el ASEGURADO, indicadas en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, sea en forma ambulatoria u hospitalaria, salvo que la emergencia imposibilite acudir a ellas y deba recurrirse a cualquier otro centro médico cercano al accidente. El ASEGURADO deberá presentar el formato de PACIFICO SEGUROS: "Hoja de Denuncia de Accidentes Personales", debidamente llenada y firmada, que puede obtenerla en las oficinas o web de PACIFICO SEGUROS o en el centro educativo. Si al momento del accidente no contara con la hoja de denuncia, ésta será regularizada al siguiente día útil de ocurrida la atención. Los accidentes en el extranjero se atenderán llamando al proveedor cuyo número aparece en el certificado, salvo que por razones de emergencia deba recurrir a otro centro médico.

Para los casos que se requiera hospitalización PACIFICO SEGUROS otorgará la carta de garantía respectiva debiendo enviársele la orden de hospitalización suscrita por el médico tratante y el presupuesto correspondiente.

La cobertura otorgada para las atenciones de emergencia accidental será como máximo el monto establecido para la suma asegurada de Gastos de Curación.

Derecho de resolución sin expresión de causa:

El CONTRATANTE y la COMPAÑÍA tienen derecho a resolver el contrato sin expresión de causa, con un preaviso de 30 días a la COMPAÑÍA, ver especificaciones en las Condiciones Generales de la Póliza.

Aceptación de cambio de condiciones contractuales, (durante la vigencia del contrato)

El CONTRATANTE tiene derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. Ver especificaciones en el Resumen Informativo.

INFORMACION ADICIONAL

Lugar autorizado para solicitar la cobertura del seguro: Personalmente: acercándose al Área de Atención al Cliente de la COMPAÑÍA, en Av. Juan de Arona Nº 830, distrito de San Isidro, en horario de oficina

Medios habilitados por la empresa para presentar reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios:

Telefónicamente: Para todo reclamo y/o consultas el Asegurado cuenta con la línea telefónica Gratuita 0-800-XXXX

(511) XXXXXXXX FAX (511) XXXXXXXX / XXXXXXXX

Personalmente: acercándose al Área de Atención al Cliente de la COMPAÑÍA, en Av. Juan de Arona Nº 830, distrito de San Isidro, en horario de oficina

Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncia, según corresponda:

Se informa al ASEGURADO que existen diferentes instancias para presentar reclamos y/o denuncias en contra de la COMPAÑÍA, como son:

- **Defensoría del Asegurado:**
En tanto el monto del siniestro no supere los US\$ 50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe
Telf: 01 4210614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307, San Isidro.
- **Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones:**
Atiende denuncias.
Departamento de Servicios al Ciudadano, Teléfono: (0800) 10840, Dirección: Av. Av. Dos de Mayo 1475, San Isidro 15073, Web: www.sbs.gob.pe
- **Indecopi:**
Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe
- **SuSalud:**
Dirección: Av. Alejandro Velasco Astete 1398, Santiago de Surco, TELÉFONO: (511) 372-6150

IMPORTANTE

- Las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO al COMERCIALIZADOR o empresa del sistema financiero por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a PACIFICO SEGUROS. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al COMERCIALIZADOR o empresa del sistema financiero, se consideran abonados a PACIFICO SEGUROS.
- PACIFICO SEGUROS es responsable frente al solicitante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- Pacífico Seguros se obliga a entregar el Certificado de Seguro dentro del plazo de 15 días calendario de haber presentado la solicitud, si no media rechazo previo de esta. En el supuesto que el Contratante y/o Asegurado no complete la información y/o no cumpla con las medidas que Pacífico Seguros requiera; se considerará rechazada la solicitud al plazo al vencimiento del plazo de 15 días antes señalado. **El asegurado tiene derecho a solicitar, copia de la póliza del seguro de grupo a PACIFICO SEGUROS, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el asegurado.**
- **El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.**
- **Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.**

Fecha de emisión: XX/XX/XXXX

Firma del funcionario de la Compañía: XXXXXX

ANEXO XXXX

RELACION DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

(AFILIADOS A LA RED DE PROVEEDORES DE PACIFICO SEGUROS)

XXXX

XXXX

XXXX