



SOLICITUD DE SEGURO N°

SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

Póliza Nro. XXXX

CÓDIGO de REGISTRO SBS N° RG0445700076 Adecuado a la Ley 29446 y sus Normas Reglamentarias

ASEGURADO:

Apellido paterno	Apellido materno	
Nombres	DNI ó CE	Fecha de nacimiento
Dirección		
Distrito	Provincia	Departamento
Correo electrónico	Celular	Teléfono fijo
Nacionalidad	Profesión	

RELACION DEL ASEGURADO CON EL CONTRATANTE: XXX

BENEFICIARIO: XXX

MARCAR SU CONDICION LABORAL (Solo 1 opción)

TRABAJADOR DEPENDIENTE TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Las coberturas básicas que tiene este seguro dependerán de si se trata de un Trabajador Dependiente o Independiente, según la condición laboral declarada en esta solicitud, correspondiendo la cobertura de Desempleo Involuntario únicamente para los Trabajadores Dependientes y la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente y/o Enfermedad a los Trabajadores Independientes, como sigue:

COBERTURA	TIPO DE TRABAJO (Titular del Préstamo)	CONDICIONES Y DEDUCIBLES	SUMA ASEGURADA Hasta S/ XXXX o US\$XXX dependiendo de la moneda del crédito
Desempleo involuntario	Trabajador Dependiente	<p>Periodo de carencia: XX XXX días a partir del inicio de vigencia</p> <p><u>Deducible:</u> XX (XXX) cuota</p> <p><u>Antigüedad laboral mínima</u> En el mismo centro de trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none">Para plazo indefinido: XX (XXX) consecutivosPara contrato fijo: XX (XXX) meses consecutivos. Asimismo, el Asegurado debe acreditar al menos xx renovación por un plazo igual o mayor al contrato inmediato anterior celebrado con el mismo empleador.	<p>Hasta XX (XXX) cuotas en la vigencia de la póliza de acuerdo al cronograma inicial de pago. Con un límite de XX (XXX) cuotas por evento y XX eventos por centro de trabajo.</p> <p>Se pagarán al beneficiario XX (XXX) cuotas de una sola vez y luego una a una en</p>



		inmediato anterior celebrado con el mismo empleador. <u>Rango de edad:</u> entre XX y XX años, con un límite de permanencia hasta XX años, siempre que continúe trabajando <u>No podrá efectuar ninguna reclamación por desempleo involuntario durante un periodo XX (XXX) que siga a una reclamación anterior.</u>	cuotas de una sola vez y luego una a una en tanto el asegurado se encuentre desempleado o incapacitado por enfermedad o accidente temporal.
Incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad	Trabajador Independiente	<u>Periodo de carencia:</u> XXX días a partir del inicio de vigencia	
		<u>Antigüedad laboral mínima</u> (en el mismo centro de trabajo): 12 meses	
		<u>Deducible:</u> XX (XXX) cuota	
		<u>Rango de edad:</u> entre XX y XX años, con un límite de permanencia hasta XX años.	
		<u>No podrá efectuar ninguna reclamación por incapacidad temporal durante un periodo de XX (XXX) que siga a una reclamación anterior.</u>	

El cuadro señalado a continuación aplica para los casos en los cuales la COMPAÑÍA paga la indemnización cubriendo cuotas de obligaciones pendientes del ASEGURADO:

COBERTURA	Monto de cuota	N de Cuotas pendientes	Otros Datos	Tasa (Incluye IGV y derecho de emisión)	Prima (Incluye IGV y derecho de emisión)
DESEMPLERO INVOLUNTARIO	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

PRIMA Y FORMA DE PAGO: XXXX del monto de crédito desembolsado.

PLAZO PARA PRESENTAR EL SINIESTRO: XXXX días de ocurrido el siniestro

IMPORTANTE:

- Cuando el CONTRATANTE de la Póliza sea una entidad del sistema financiero, La COMPAÑÍA es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas en la Póliza. En este sentido, la COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el CONTRATANTE con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
- El Certificado de Seguro se entregará al ASEGURADO en el momento de la firma de esta solicitud, salvo decisión del CONTRATANTE de entregarlo en fecha posterior. En todo caso, la COMPAÑÍA se obliga a entregar los certificados de seguro al CONTRATANTE, dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber presentado la respectiva solicitud de seguro, si no media rechazo previo de la misma.



- La comercialización de este seguro está sujeta a la aprobación del Crédito Efectivo que el solicitante del seguro haya efectuado con el **CONTRATANTE**, los montos podrán variar de acuerdo a la evaluación crediticia realizada por el Contratante.
- **Derecho de Arrepentimiento:** Dentro de los 15 días siguientes a la entrega del Certificado, el Asegurado tendrá la facultad de dejar sin efecto el seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida.
- Mediante la firma de este documento autorizo a la **COMPAÑÍA** a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica proporcionada en la presente solicitud. Declaro conocer y estar de acuerdo con que las comunicaciones que sean dirigidas a esta dirección surtirán efectos y las consideraré recibidas a partir del momento en que éstas sean recibidas en el servidor de mi cuenta del correo electrónico, independientemente del país en donde éste se encuentre físicamente instalado, considerándose igualmente que en este momento he tomado conocimiento del contenido del documento enviado por este medio.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Conforme a la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, se informa al Contratante y/o posible Asegurado que los datos personales (incluyendo los sensibles) que suministren en el presente documento (y, de ser el caso, los datos personales que se suministren a lo largo de la relación que el presente documento genere) se incorporarán a una o más bases de datos automatizadas o no automatizadas de las que la **COMPAÑÍA (PACÍFICO SEGUROS)** es o será titular.

Estando a lo anterior, autorizo libre, informada, expresa e inequívocamente a **PACÍFICO SEGUROS** para que mis datos personales (incluyendo los sensibles) los incorpore a sus bases de datos y/o los trate (de la manera más amplia permitida por las leyes aplicables, ya sea directamente o a través de terceros en el Perú o en el extranjero), a fin de que pueda ejecutar correctamente el contrato de seguro, utilizarlos para fines comerciales, envío de publicidad y/o promociones de diferentes productos o servicios (ya sea de aquéllos que **PACÍFICO SEGUROS** brinda o por medio de las distintas asociaciones comerciales que éste pueda tener) y a efectuar flujos transfronterizos de dichos datos personales.

Asimismo, los autorizo a compartir mis datos personales contenidos en sus bases de datos con sus empresas vinculadas y/o subsidiarias y/o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o con las empresas con las que hayan suscrito contrato de comercialización, para los fines arriba indicados, quienes podrán tratarla y almacenarla en sus respectivas bases de datos.

Acepto • No acepto •

**Firma del ASEGURADO / Firma del
CONTRATANTE**

Fecha de Emisión

Acepto las condiciones arriba indicadas





**PACÍFICO PERUANO SUIZA CIA DE SEGUROS Y
REASEGUROS**
Juan de Arona 830, San Isidro, Lima
RUC: 20100035392
T: 518-4000 / F: 518-4295 y 518-4299
www.pacificoseguros.com

XXXX
R.U.C.: XXXXX
Dirección: XXXXX
Teléfono: XXXX



RESUMEN INFORMATIVO

A. INFORMACION GENERAL

1. Compañía de Seguros

Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros o PACIFICO SEGUROS

Web: www.pacificoseguros.com

Lima – Sede Principal

Calle Juan de Arona N° 830, San Isidro, Lima.

Teléfono: (01) 513 4000

PACÍFICO SEGUROS cuenta con agencias a nivel nacional, cuya información se encuentra en la web.

2. Denominación del Producto

Seguro de Desempleo involuntario o incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad.

3. Forma y lugar de pago de la prima

Al contado en las oficinas del comercializador, o en cuotas mediante cargo en cuenta del ASEGURADO, de acuerdo a lo pactado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

4. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro

El CONTRATANTE o ASEGURADO, o su BENEFICIARIO en el caso de la cobertura de Incapacidad Temporal, deberá comunicar el siniestro a PACIFICO SEGUROS hasta los 7 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio.

5. Atención de reclamos

En caso de reclamos el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o su BENEFICIARIO en el caso de la cobertura de Incapacidad Temporal, podrá llamar a la Central de Información y Ventas al teléfono 01 513 5000, o ingresar a la web: www.pacificoseguros.com. Así mismo puede acercarse personalmente a las oficinas de PACIFICO SEGUROS.

6. Instancias para presentar reclamos y/o denuncias

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 Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro, Lima - Perú

Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones:

Plataforma de atención al usuario, teléfono: (511) 630 9005, dirección: jr. Junín n° 270, centro histórico - lima, web: www.sbs.gob.pe

INDECOPI:

- Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe

7. Agravación del Riesgo

Dentro de la vigencia del contrato del seguro, el CONTRATANTE y ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

8. Cargas

El seguro presenta obligaciones que debe cumplir el asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización a la que tendría derecho.

B. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Riesgos cubiertos – coberturas básicas

Desempleo Involuntario

Incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad

Las coberturas otorgadas por la COMPAÑIA son las detalladas en el Certificado de Seguro que se entrega al Asegurado junto con este Resumen, y en las Condiciones Particulares y sus alcances están señalados en el artículo 3º de las Condiciones Generales de la póliza y en sus respectivas Cláusulas Adicionales.

Condiciones para ser asegurado

Trabajador dependiente:

Los trabajadores que mantengan una relación de dependencia y subordinación antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y que cumplan los siguientes requisitos:

1. Tener una antigüedad laboral mínima en el centro de trabajo, según se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza.
2. Trabajen bajo un contrato para una empresa que esté legal y formalmente constituida.
3. Estén empleados a tiempo completo.
4. Estén contratados bajo las siguientes modalidades de contratación:
 - a) Con contrato de trabajo a plazo indefinido, incorporados en la planilla de pago de remuneraciones, con cotizaciones previsionales y que correspondan a la 5ª categoría del Régimen Tributario
 - b) Con contrato de trabajo a plazo fijo sujeto a modalidad, solo los que tengan:
 - Contrato por inicio ó lanzamiento de una nueva actividad.
 - Contrato por necesidad de mercado.

- Contrato por reconversión empresarial.
- c) Empleados Públicos
- d) Miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales

Trabajador independiente:

Los trabajadores que laboren de forma independiente bajo las siguientes modalidades:

1. Profesionales independientes que estén percibiendo un ingreso considerado como renta de 4ta categoría del Régimen Tributario.
2. Personas con negocio propio que estén percibiendo un ingreso considerado como renta de 3ra categoría del Régimen Tributario.

Exclusiones

1. Siniestros que se inicien dentro del periodo de carencia establecidos en la póliza.
2. Siniestros generados como consecuencia de:
 - a) Incendio, explosión, terremoto, temblor, erupción volcánica, tifón, huracán, tornado, ciclón, fuego subterráneo, inundación, rayo o acto de la naturaleza.
 - b) Guerra internacional, civil o actos perpetrados por fuerzas extranjeras, hostilidades u operaciones bélicas, rebelión, sedición, usurpación y retención ilegal de mando.
 - c) Asonada, motín o conmoción civil o popular, huelga, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de labores, movimientos subversivos y terrorismo.

Exclusiones adicionales aplicables a la cobertura de desempleo involuntario

1. Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo, jubilación, pensión o retiro anticipado del ASEGURADO.
2. Pérdida de empleo o cuando el ASEGURADO haya sido notificado por el empleador de su desvinculación laboral con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.
3. Terminación de la obra o servicio por la que el ASEGURADO fue contratado.
4. Terminación de un contrato de trabajo legalmente celebrado bajo modalidad de plazo fijo, cuando este tenga una antigüedad menor a 12 meses consecutivos desde la fecha de ingreso del ASEGURADO o cuando el contrato no ha sido renovado por un plazo igual o mayor al contrato inmediato anterior celebrado con el mismo empleador.
5. La terminación de la relación laboral por causas justas de despido, en los casos y formas establecidos por ley.

Exclusiones adicionales aplicables a la cobertura de incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad

1. Enfermedades o condiciones médicas preexistentes a la contratación del seguro, definidas como tales en el artículo Glosario de Términos, de estas condiciones generales.
2. Accidentes causados por suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria propia o por acción de terceros, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
3. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
4. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.
5. Accidentes que se produzcan cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez, o bajo el efecto de drogas, o en estado de sonambulismo. Se considera que existe ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroja un resultado mayor de 0.50 gr./lt. al momento del accidente o de acuerdo con lo que establezcan las normas legales y/o administrativas competentes. 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, conforme a la fórmula utilizada por la Sanidad de la Policía Nacional.
6. Accidentes originados por hacer uso de enervantes, estimulantes o cualquier droga ilegal u otra sustancia similar, salvo que se demuestre prescripción médica de un médico profesional colegiado.
7. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un accidente.
8. Enfermedades o dolencias a consecuencia de problemas en la columna vertebral.
9. Salvo pacto en contrario, esta Póliza no ampara accidentes que se originen por participar en las siguientes actividades:
 - Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección, actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el ASEGURADO.
 - Aviación privada cuando el ASEGURADO participe como tripulante o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
 - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el ASEGURADO.
 - Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres en las que participe directamente el ASEGURADO.
 - Práctica profesional de deportes y actividades de riesgo. Ejemplos: carreras de automóviles, motocicletas, motonetas, incluyendo las de agua, las de carreras de bicicletas o caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, tabla hawaiana, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza de fieras, andinismo, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.

Se señalan en el artículo 5º de las Condiciones Generales de la póliza. Las coberturas opcionales podrán tener también exclusiones, las que se señalarán en sus respectivas cláusulas adicionales, de ser el caso.

Procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro:

Al producirse el desempleo involuntario o la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad el ASEGURADO deberá efectuar el aviso del siniestro a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares de la Póliza, dentro de los 7 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Posteriormente, el ASEGURADO, o su BENEFICIARIO, deberá entregar en las oficinas de PACIFICO SEGUROS o del CONTRATANTE los siguientes documentos:

Documentos a presentar en caso de siniestro por Desempleo Involuntario	Trabajador formal con contrato:		Empleados Públicos	Miembros de las FF.AA y Policiales
	Trabajo a Plazo Indefinido	Trabajo a Plazo Fijo		
1. Copia simple del DNI o documento de identidad del Asegurado	X	X	X	X
2. Formulario de Registro de indemnización de siniestros, proporcionado por la COMPAÑÍA. <i>Mensualmente, se deberá presentar la declaración confirmando su situación de desempleo y/o enfermedad.</i>	X	X	X	X
3. Copia simple de la liquidación de beneficios sociales por despido o mutuo disenso y/o constancia de pago emitido por el empleador. Expedido por la institución en caso de empleados públicos. En el caso de FFAA y policiales documento similar expedido por la autoridad administrativa de las fuerzas armadas o policiales según corresponda.	X	X	X	X
4. Copia simple de la última boleta de pago de remuneraciones.	X	X	X	X
5. Copia simple de carta de despido sellada y firmada por el representante de la empresa o documento similar que sustente el desvinculo laboral. En caso de no contar con los documentos de despido formalmente cursados por el empleador, se deberá presentar la	X	X		

constatación policial o de la autoridad administrativa de trabajo que dé cuenta del hecho producido.				
6. Copia simple de Carta de despido o resolución administrativa o documento oficial que acredite la causa.		X		X
7. Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del último contrato de trabajo, renovado con el mismo empleador.	X			
8. Estado de cuenta ORIGINAL de la AFP u ONP del mes en curso. Esta declaración deberá ser presentada actualizada de manera mensual.	X	X	X	X

Documentos a presentar en caso de siniestro por Incapacidad temporal

1. Copia simple del DNI o documento de identidad del Asegurado.
2. Formulario de Registro de indemnización de siniestros, proporcionado por la COMPAÑÍA, éste incluye Declaración Jurada confirmando su situación de desempleo. *Mensualmente, se deberá presentar la declaración confirmando su situación de desempleo y/o enfermedad.*
3. Autorización del Asegurado para revisión de historias clínicas.
4. Copia simple de la Declaración Jurada de rentas de 4ta. categoría.
5. Copia simple de la Declaración Jurada de rentas de 3era. categoría (EIRL), en caso no sea trabajador dependiente de 4ta. categoría.
6. Certificado médico en el que conste la información sobre los días requeridos de reposo por Incapacidad Temporal, detallando:
 - a) Causas de incapacidad.
 - b) Diagnóstico definitivo.
 - c) Número de historia médica.
 - d) Tratamiento realizado y los documentos sustentatorios (exámenes auxiliares).
 - e) Pronóstico, días de descanso.
 - f) Clínica u hospital donde recibió la atención.
 - g) Médico especialista.
 - h) Fecha de atención.

La COMPAÑÍA podrá investigar, revisar o comprobar la autenticidad de la información y/o documentación recibida. Si cualquier información y/o documentación fuera simulada o fraudulenta, el ASEGURADO y/o su(s) BENEFICIARIO(S) perderá(n) todo derecho a indemnización, sin perjuicio que la COMPAÑÍA inicie las acciones legales pertinentes contra los responsables.

Ver artículo 8° de las Condiciones Generales.

Derecho de arrepentimiento

El ASEGURADO tiene derecho a arrepentirse de la contratación del Seguro, y podrá resolver el certificado de seguro sin expresión de causa ni penalidad alguna dentro de un plazo de 15 días contados desde la recepción del Certificado de Seguro, usando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Si hubiere pagado la prima o parte de ella, se le devolverá en el plazo máximo de 15 días de recibir la comunicación antes indicada

Resolución sin expresión de causa

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO de manera unilateral y sin expresión de causa podrá solicitar la resolución del contrato o del certificado de seguro respectivamente, a PACIFICO SEGUROS. El contrato o el certificado de seguro se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que PACIFICO SEGUROS reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión, por cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que emplearon para la contratación del seguro. El CONTRATANTE o ASEGURADO, dependiendo de quien haya pagado la prima, tendrá derecho a que se le devuelva la prima cobrada por el periodo no cubierto, sin que se le aplique penalidad.

Lo indicado así como las demás causales de resolución del contrato, se encuentran señaladas en el artículo 26° de las Condiciones Generales de la Póliza.

Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las modificaciones del contrato durante la vigencia del seguro

De acuerdo a lo establecido en el artículo 30 de la Ley 29946, durante la vigencia del contrato PACÍFICO SEGUROS no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

Ver Artículo 19° de las Condiciones Generales.

CERTIFICADO DE SEGURO

SEGURO DE DESEMPLO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

Póliza Nro. XXXX

CÓDIGO de REGISTRO SBS N° xxxxxxxx Adecuado a la Ley 29446 y sus Normas Reglamentarias

ASEGURADO:

Apellido paterno	Apellido materno		
Nombres	DNI ó CE	Fecha de nacimiento	/ /
Dirección			
Distrito	Provincia	Departamento	
Correo electrónico	Celular	Teléfono fijo	
Nacionalidad	Profesión		

RELACION DEL ASEGURADO CON EL CONTRATANTE: XXX

BENEFICIARIO(S):

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Relación con el ASEGURADO	Porcentaje

RELACION DEL BENEFICIARIO CON EL ASEGURADO: XXXX

MARCAR SU CONDICION LABORAL (Solo 1 opción)

TRABAJADOR DEPENDIENTE	TRABAJADOR INDEPENDIENTE
------------------------	--------------------------

Las coberturas básicas que tiene este seguro dependerán de si se trata de un Trabajador Dependiente o Independiente, según condición laboral declarada en la Solicitud de Seguro, correspondiendo la cobertura de Desempleo Involuntario únicamente para los Trabajadores Dependientes y la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente y/o Enfermedad a los Trabajadores Independientes, como sigue:

COBERTURA	TIPO DE TRABAJO (Titular del Préstamo)	CONDICIONES Y DEDUCIBLES	SUMA ASEGURADA Hasta S/ XXXX o US\$XXX dependiendo de la moneda del crédito
Desempleo involuntario	Trabajador Dependiente	<p>Periodo de carencia: XX XXX días a partir del inicio de vigencia</p> <p>Deducible: XX (XXX) cuota</p> <p>Antigüedad laboral mínima En el mismo centro de trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para plazo indefinido: XX (XXX) consecutivos • Para contrato fijo: XX (XXX) meses consecutivos. Asimismo, el Asegurado debe acreditar al menos xx renovación 	<p>Hasta XX (XXX) cuotas en la vigencia de la póliza de acuerdo al cronograma inicial de pago. Con un límite de XX (XXX) cuotas por evento y XX eventos por centro de trabajo.</p> <p>Se pagarán al beneficiario XX (XXX)</p>

Oficina principal Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú

Pacífico Seguros y Pacífico Salud EPS 518-4000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com



pacífico

		<p>por un plazo igual o mayor al contrato inmediato anterior celebrado con el mismo empleador.</p> <p><u>Rango de edad:</u> entre XX y XX años, con un límite de permanencia hasta XX años, siempre que continúe trabajando</p> <p>No podrá efectuar ninguna reclamación por desempleo involuntario durante un periodo XX (XXX) que siga a una reclamación anterior.</p>	<p>cuotas de una sola vez y luego una a una en tanto el asegurado se encuentre desempleado o incapacitado por enfermedad o accidente temporal.</p>
Incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad	Trabajador Independiente	<p><u>Periodo de carencia:</u> XXX días a partir del inicio de vigencia</p> <p><u>Antigüedad laboral mínima</u> (en el mismo centro de trabajo): 12 meses</p> <p><u>Deducible:</u> XX (XXX) cuota</p> <p><u>Rango de edad:</u> entre XX y XX años, con un límite de permanencia hasta XX años.</p> <p>No podrá efectuar ninguna reclamación por incapacidad temporal durante un periodo de XX (XXX) que siga a una reclamación anterior.</p>	

El cuadro señalado a continuación aplica para los casos en los cuales PACIFICO SEGUROS paga la indemnización cubriendo cuotas de obligaciones pendientes del ASEGURADO:

COBERTURA	Monto de cuota	N de Cuotas pendientes	Otros	Prima Comercial	Prima Comercial + IGV
DESEMPLEO INVOLUNTARIO	XXXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD	XXXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA: XXXX

VIGENCIA DEL SEGURO: XXXX

INICIO DE LA COBERTURA PARA EL ASEGURADO: Vencido el plazo de carencia el ASEGURADO contará con cobertura, siempre y cuando no haya mentido, distorsionado, omitido u ocultado información sobre el estado del riesgo siempre que haya habido dolo o culpa inexcusable, al momento de solicitar el seguro.

FECHA DE TÉRMINO DE LA COBERTURA: XXX o la fecha en la que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

EXCLUSIONES GENERALES:

PACIFICO SEGUROS no estará obligada a indemnizar al ASEGURADO y/o al BENEFICIARIO designado, si el Desempleo Involuntario o la Incapacidad Temporal por Accidente y/o Enfermedad, se deba directa o indirectamente, total o parcialmente, a las siguientes causas o circunstancias:

1. Siniestros que se inicien dentro del periodo de carencia establecidos en la póliza.
2. Siniestros generados como consecuencia de:

Oficina principal Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú

Pacífico Seguros y Pacífico Salud EPS 518-4000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com



pacífico

- a) Incendio, explosión, terremoto, temblor, erupción volcánica, tifón, huracán, tornado, ciclón, fuego subterráneo, inundación, rayo u acto de la naturaleza.
- b) Guerra internacional, civil o actos perpetrados por fuerzas extranjeras, hostilidades u operaciones bélicas, rebelión, sedición, usurpación y retención ilegal de mando.
- c) Asonada, motín o conmoción civil o popular, huelga, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de labores, movimientos subversivos y terrorismo.

EXCLUSIONES ADICIONALES APLICABLES A LA COBERTURA DE DESEMPLÉO INVOLUNTARIO

1. Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo, jubilación, pensión o retiro anticipado del ASEGURADO.
2. Pérdida de empleo o cuando el ASEGURADO haya sido notificado por el empleador de su desvinculación laboral con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.
3. Terminación de la obra o servicio por la que el ASEGURADO fue contratado.
4. Terminación de un contrato de trabajo legalmente celebrado bajo modalidad de plazo fijo, cuando este tenga una antigüedad menor a 12 meses consecutivos desde la fecha de ingreso del ASEGURADO o cuando el contrato no ha sido renovado por un plazo igual o mayor al contrato inmediato anterior celebrado con el mismo empleador.
5. La terminación de la relación laboral por causas justas de despido, en los casos y formas establecidos por ley.

EXCLUSIONES ADICIONALES APLICABLES A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

1. Enfermedades o condiciones médicas preexistentes a la contratación del seguro.
2. Accidentes causados por suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria propia ó por acción de terceros, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
3. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
4. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.
5. Accidentes que se produzcan cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez, o bajo el efecto de drogas, o en estado de sonambulismo. Se considera que existe ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroja un resultado mayor de 0.50 gr./lt. al momento del accidente o de acuerdo con lo que establezcan las normas legales y/o administrativas competentes. 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, conforme a la fórmula utilizada por la Sanidad de la Policía Nacional.
6. Accidentes originados por hacer uso de enervantes, estimulantes o cualquier droga ilegal u otra sustancia similar, salvo que se demuestre prescripción médica de un médico profesional colegiado.
7. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un accidente.
8. Enfermedades o dolencias a consecuencia de problemas en la columna vertebral.
9. Salvo pacto en contrario, esta Póliza no ampara accidentes que se originen por participar en las siguientes actividades:
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección, actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el ASEGURADO.



pacífico

- b) Aviación privada cuando el ASEGURADO participe como tripulante o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
- c) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el ASEGURADO.
- d) Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres en las que participe directamente el ASEGURADO.
- e) Práctica profesional de deportes y actividades de riesgo. Ejemplo: carreras de automóviles, motocicletas, motonetas, incluyendo las de agua, las de carreras de bicicletas o caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, tabla hawaiana, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza de fieras, andinismo, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.

Si se han otorgado coberturas opcionales, éstas pueden incluir exclusiones, las que recomendamos leer.

CLAUSULAS ADICIONALES:

- La que corresponda a las coberturas opcionales contratadas, cuya información se consigna en este certificado.

AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Al producirse el desempleo involuntario o la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad el ASEGURADO deberá efectuar el aviso del siniestro a la COMPAÑIA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares de la Póliza, dentro de los 7 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Posteriormente, el ASEGURADO, o su BENEFICIARIO, deberá entregar en las oficinas de PACIFICO SEGUROS o del CONTRATANTE los siguientes documentos:

Documentos a presentar en caso de siniestro por Desempleo Involuntario	Trabajador formal con contrato:		Empleados Públicos	Miembros de las FF.AA y Policiales
	Trabajo a Plazo Indefinido	Trabajo a Plazo Fijo		
1. Copia simple del DNI o documento de identidad del Asegurado	X	X	X	X
2. Formulario de Registro de indemnización de siniestros, proporcionado por la COMPAÑIA. Mensualmente, se deberá presentar la declaración confirmando su situación de desempleo y/o enfermedad.	X	X	X	X
3. Copia simple de la liquidación de beneficios sociales por despido o mutuo desenso y/o constancia de pago emitido por el empleador. Expedido por la institución en caso de empleados públicos. En el caso de FFAA y policiales documento similar expedido por la autoridad administrativa de las	X	X	X	X

Oficina principal Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú

Pacífico Seguros y Pacífico Salud EPS 518-4000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com



pacífico

fuerzas armadas o policiales según corresponda.					
4. Copia simple de la última boleta de pago de remuneraciones.	X	X	X	X	
5. Copia simple de carta de despido sellada y firmada por el representante de la empresa o documento similar que sustente el desvinculo laboral. En caso de no contar con los documentos de despido formalmente cursados por el empleador, se deberá presentar la constatación policial o de la autoridad administrativa de trabajo que dé cuenta del hecho producido.	X	X			
6. Copia simple de Carta de despido o resolución administrativa o documento oficial que acredite la causa.			X	X	
7. Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del último contrato de trabajo, renovado con el mismo empleador.			X		
7. Estado de cuenta ORIGINAL de la AFP u ONP del mes en curso. Esta declaración deberá ser presentada actualizada de manera mensual.	X	X	X	X	

Documentos a presentar en caso de siniestro por Incapacidad temporal

1. Copia simple del DNI o documento de identidad del Asegurado.
2. Formulario de Registro de indemnización de siniestros, proporcionado por la COMPAÑÍA, éste incluye Declaración Jurada confirmando su situación de incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad. Mensualmente, se deberá presentar la declaración confirmando su situación de incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad.
3. Autorización del Asegurado para revisión de historias clínicas.
4. Copia simple de la Declaración Jurada de rentas de 4ta. Categoría
5. Copia simple de la Declaración Jurada de rentas de 3era. categoría (EIRL), en caso no sea trabajador dependiente de 4ta. categoría.
6. Certificado médico en el que conste la información sobre los días requeridos de reposo por Incapacidad Temporal, detallando:
 - a) Causas de incapacidad.
 - b) Diagnóstico definitivo.
 - c) Número de historia médica.
 - d) Tratamiento realizado y los documentos sustentatorios (exámenes auxiliares).

- e) Pronóstico, días de descanso.
- f) Clínica u hospital donde recibió la atención.
- g) Médico especialista.
- h) Fecha de atención.

IMPORTANTE

- Las comunicaciones cursadas por el **ASEGURADO** al **CONTRATANTE**, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a **Pacífico Seguros Generales**, en adelante “**PACIFICO SEGUROS**”. Asimismo, los pagos efectuados por el **ASEGURADO** al **CONTRATANTE**, se consideran abonados a **PACIFICO SEGUROS**.
- **PACIFICO SEGUROS** es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas por el **CONTRATANTE** en la póliza N° XXXXX.
- En ese sentido, **PACIFICO SEGUROS** es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el **CONTRATANTE**, sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
- El **ASEGURADO** tiene derecho a solicitar copia de la póliza de seguro a **PACIFICO SEGUROS** y/o **CONTRATANTE**, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el **ASEGURADO**.

La información contenida en este certificado es a título parcial, todos los términos y condiciones de este seguro se encuentran definidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales, de ser el caso.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El **ASEGURADO** tiene derecho a arrepentirse de la contratación del Seguro, y podrá resolver el certificado de seguro sin expresión de causa ni penalidad alguna dentro de un plazo de 15 días contados desde la recepción del Certificado de Seguro. Para ello deberá enviar una comunicación escrita a la dirección de **PACIFICO SEGUROS**: área Central de Atención al Cliente Av. Juan de Arona 830, San Isidro - Lima 27, o a las oficinas de **EL CONTRATANTE**, u otros medios que el **CONTRATANTE** ponga a disposición del **ASEGURADO**, o enviar un correo electrónico a la siguiente dirección: atencionalcliente@grupopacifico.com.pe, o comunicarlo por teléfono llamando al 518-4000.

Si hubiere pagado la prima o parte de ella, se le devolverá en el plazo máximo de 15 días de recibir la comunicación antes indicada.

RESOLUCION DEL CONTRATO DE SEGURO Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA: Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** de manera unilateral y sin expresión de causa podrá solicitar la resolución del contrato o del certificado de seguro respectivamente, a **PACIFICO SEGUROS**. El contrato o el certificado de seguro se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que **PACIFICO SEGUROS** reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión, por cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que emplearon para la contratación del seguro. El **CONTRATANTE** o **ASEGURADO**, dependiendo de quien haya pagado la prima, tendrá derecho a que se le devuelva la prima cobrada por el periodo no cubierto, sin que se le aplique penalidades ni cobros adicionales.

MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: El **CONTRATANTE** tiene derecho a aceptar o no las modificaciones a la Póliza que le proponga **PACIFICO SEGUROS** durante la vigencia del contrato. En el caso que no acepte el contrato no se resuelve hasta el término de su vigencia. **PACIFICO SEGUROS** deberá proporcionar la documentación suficiente al **CONTRATANTE** para que ponga en conocimiento de los asegurados, las modificaciones incorporadas.



pacífico

MEDIOS HABILITADOS POR PACIFICO SEGUROS PARA PRESENTAR RECLAMOS:

En caso de reclamo el CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO cuenta con la Central de Información y Consultas de Pacífico Seguros al 513-5000 en Lima ó 0-801-1-5001 en provincias / Torre Pacífico Av. Juan de Arona N° 830 San Isidro.

PACIFICO SEGUROS tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario para resolver el reclamo presentado. En caso de persistencia del reclamo o queja, el ASEGURADO podrá ejercer los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.

INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:

a) 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 Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima Perú

Telefax: 01 421-0614 E-mail: info@defaseg.com.pe

b) Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones:

Plataforma de Atención al Usuario, Teléfono: (511) 630 9005, Dirección: Jr. Junín N° 270, Centro Histórico - Lima, Web: www.sbs.gob.pe

c) INDECOPI:

Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe

Cargas: "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".

Agravación del riesgo: 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

Funcionario de la COMPAÑIA

Fecha de emisión

**COMPAÑÍA DE SEGUROS:
PACÍFICO SEGUROS GENERALES**
Juan de Arona 830, San Isidro, Lima
RUC: 20100035392
T: 518-4000 / F: 518-4295 y 518-4299

Pág. web: www.pacificoseguros.com

CONTRATANTE:
XXXX
Denominación o Razón Social
R.U.C.: XXXXX
Dirección: XXXXX
Teléfono: XXXX
Correo Electrónico: