

Seguro de Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal por Accidente y/o Enfermedad - Solicitud de Seguro

Nº de Póliza: 4997768

REGISTRO SBS N° RG 0445700076 Adecuado a la Ley 29446 y sus Normas Reglamentarias

Fecha de Venta

Datos del asegurado

Tipo de Documento DNI C.E. Pasaporte N°
 Apellido paterno Apellido materno Nombres

Nacionalidad Peruana Otra F. Nacimiento

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente Sexo: F M

Profesión / Ocupación Centro de Trabajo

Correo Electrónico Teléfono Crédito N° (en adelante el "CRÉDITO"):

Condición Laboral: Trabajador Dependiente Trabajador Independiente

Domicilio Contractual: El domicilio contractual será la dirección física que figura en los sistemas del Banco como datos proporcionados por el Asegurado, y la dirección electrónica (correo) que figura en la presente Solicitud. Mediante la firma de este documento, autorizo que el domicilio contractual sea proporcionado a Pacífico Seguros (en adelante la Compañía).

Relación del Asegurado con el Contratante: Cliente

Beneficiario: Para ambas coberturas, el beneficiario de la póliza será el Banco de Crédito del Perú (en adelante el Banco).

Cobertura y Suma Asegurada

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/ 3,200 o US\$1,000 dependiendo de la moneda del crédito
Desempleo involuntario	Trabajador Dependiente	<p>Periodo de carencia: 60 días a partir del inicio de vigencia.</p> <p>Deducible: 1 cuota inmediata.</p> <p>Antigüedad laboral mínima (en el mismo centro de trabajo):</p> <p>- Trabajador Dependiente: Para plazo indefinido: 6 meses consecutivos. Para contrato fijo: 12 meses consecutivos. Asimismo, el Asegurado debe acreditar al menos una renovación por un plazo igual o mayor al contrato inmediato anterior celebrado con el mismo empleador.</p> <p>- Trabajador Independiente: 12 meses consecutivos.</p>	<p>Hasta 06 cuotas por siniestro de acuerdo al cronograma de pago vigente al momento de la ocurrencia del siniestro. Con un límite de 1 evento por lugar de trabajo.</p> <p>Se pagarán al beneficiario 2 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>Rango de edad: Entre 18 y 60 años, con un límite de permanencia hasta 65 años, siempre que continúe trabajando. No podrá efectuar ninguna reclamación por desempleo involuntario o incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad durante un periodo de seis (6) meses posteriores a la fecha de una reclamación anterior.</p>	

Prima, forma y oportunidad de pago

Prima mensual: 0.14% del monto del crédito desembolsado, incluido IGV.

- La prima mensual será pagada junto a la cuota del crédito del periodo correspondiente. Ésta se podrá identificar en el estado de cuenta del crédito.
- En caso de que la Solicitud sea rechazada se procederá con la devolución de la prima cobrada en la misma cuenta en la que se desembolsó el préstamo dentro de un plazo de 30 días.

Plazo para presentar el siniestro

30 días de ocurrido el siniestro. Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido, que actualmente es de 10 años.

Importante

• La Compañía es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas por el Contratante en la Póliza No 4997768. 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.

• Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Contratante, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiesen dirigido a La Compañía. Asimismo, los pagos efectuados por el asegurado al Contratante, se consideran abonados a La Compañía.

• 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 aprobación del seguro está sujeta a la aprobación del Crédito Efectivo; 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, 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.

• Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales:

1. Por la presente cláusula PACÍFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO que, de acuerdo a la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS y las demás disposiciones complementarias, PACÍFICO SEGUROS está legalmente autorizada para tratar la información que EL CONTRATANTE le entregue al momento de contratar la Póliza, (en adelante la “Información”) con la finalidad de ejecutar la relación contractual que origina este contrato. Asimismo, PACÍFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO que, 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 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, PACÍFICO SEGUROS podrá dar tratamiento y eventualmente transferir su Información a autoridades y terceros autorizados por ley. EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO, reconoce que estarán incluidos dentro de su Información todos aquellos datos, operaciones y referencias a los que PACÍFICO SEGUROS pudiera acceder en el curso normal de sus operaciones,

ya sea por haber sido proporcionados por EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO o por terceros o por haber sido desarrollados por PACÍFICO SEGUROS tanto en forma física, oral o electrónica y que pudieran calificar como “Datos Personales” conforme a la legislación de la materia.

En virtud de lo señalado EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO autoriza expresamente a PACÍFICO SEGUROS a incorporar su Información al banco de datos personales de usuarios de responsabilidad de PACÍFICO SEGUROS para que este pueda almacenar, dar tratamiento, procesar y transferir su Información a sus subsidiarias, afiliadas y socios comerciales listados en la página web de PACÍFICO SEGUROS www.pacifico.com.pe (las “Terceras Empresas”) conforme a los procedimientos que PACÍFICO SEGUROS determine en el marco de sus operaciones habituales, para efectos de los fines señalados en los párrafos anteriores.

2. Asimismo, EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO autoriza a PACÍFICO SEGUROS a utilizar su Información a efectos de:

(i) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquiera de los productos o servicios que PACÍFICO SEGUROS brinda, incluyendo pero sin estar limitado a seguros de riesgos generales (incluido SOAT), seguros de vida, de accidentes personales o de rentas vitalicias.

(ii) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquier otra Póliza, producto o servicio de PACÍFICO SEGUROS o de las Terceras Empresas.

(iii) Transferirla a las Terceras Empresas a efectos de que cada una de ellas pueda ofrecerle sus productos o servicios, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático.

3. EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO reconoce haber sido informado que su Información podrá ser conservada, tratada y transferida por PACÍFICO SEGUROS a las Terceras Empresas hasta diez (10) años después de que finalice su relación contractual con PACÍFICO SEGUROS. EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación; siempre que cumpla con los requisitos exigidos por las normas aplicables, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público, a través de la página web de PACÍFICO SEGUROS www.pacifico.com.pe o por teléfono.

4. EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO se obliga a mantener permanentemente actualizada su Información durante la vigencia de este contrato, especialmente en cuanto se refiere a su nacionalidad, lugar de residencia, situación fiscal o composición accionaria de ser el caso.

Firma del asegurado

SEGURO NO OBLIGATORIO

Matrícula vendedor

Agencia

ESTE SEGURO NO ES OBLIGATORIO: Al firmar esta solicitud, usted acepta pagar la prima que equivale al 0.14% al mes del monto del crédito desembolsado, de acuerdo al cronograma de pagos del crédito.

COMPAÑÍA DE SEGUROS:

PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

RUC: 20332970411

Av. Juan de Arona 830, San Isidro - Lima

T: 513-5000

CONTRATANTE Y COMERCIALIZADOR:

BANCO DE CRÉDITO DEL PERÚ

RUC: 20100047218

Centenario 156, Urb. Las Laderas de

Melgarejo, La Molina - Lima

Seguro de Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal

T: 313-2000

Seguro de Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal por Accidente y/o Enfermedad - Certificado de Seguro

Nº de Póliza: 4997768

REGISTRO SBS N° RG 0445700076 Adecuado a la Ley 29446 y sus Normas Reglamentarias Fecha de Venta _____

Datos del asegurado

Tipo de Documento DNI C.E. Pasaporte N° _____
 Apellido paterno Apellido materno _____ Nombres _____

Nacionalidad Peruana Otra _____ F. Nacimiento _____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente Sexo: F M

Profesión / Ocupación _____ Centro de Trabajo _____

Correo Electrónico _____ Teléfono _____ Crédito N° (en adelante el "CRÉDITO"): _____

Condición Laboral: Trabajador Dependiente Trabajador Independiente

Domicilio Contractual: El domicilio contractual será la dirección física que figura en los sistemas del Banco como datos proporcionados por el Asegurado, y la dirección electrónica (correo) que figura en la presente Solicitud. Mediante la firma de este documento, autorizo que el domicilio contractual sea proporcionado a Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía).

Relación del Asegurado con el Contratante: Cliente

Beneficiario: Para ambas coberturas, el beneficiario de la póliza será el Banco de Crédito del Perú (en adelante el Banco).

Cobertura y Suma Asegurada

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/ 3,200 o US\$1,000 dependiendo de la moneda del crédito
Desempleo involuntario	Trabajador Dependiente	<p>Periodo de carencia: 60 días a partir del inicio de vigencia.</p> <p>Deducible: 1 cuota inmediata.</p> <p>Antigüedad laboral mínima (en el mismo centro de trabajo):</p> <p>- Trabajador Dependiente: Para plazo indefinido: 6 meses consecutivos. Para contrato fijo: 12 meses consecutivos. Asimismo, el Asegurado debe acreditar al menos una renovación por un plazo igual o mayor al contrato inmediato anterior celebrado con el mismo empleador.</p> <p>- Trabajador Independiente: 12 meses consecutivos.</p>	<p>Hasta 06 cuotas por siniestro de acuerdo al cronograma de pago vigente al momento de la ocurrencia del siniestro. Con un límite de 1 evento por lugar de trabajo.</p> <p>Se pagarán al beneficiario 2 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>Rango de edad: Entre 18 y 60 años, con un límite de permanencia hasta 65 años, siempre que continúe trabajando. No podrá efectuar ninguna reclamación por desempleo involuntario o incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad durante un periodo de seis (6) meses posteriores a la fecha de una reclamación anterior.</p>	

Prima, forma y oportunidad de pago


- Prima mensual: 0.14% del monto del crédito desembolsado, incluido IGV.
- La prima mensual será pagada junto a la cuota del crédito del periodo correspondiente. Ésta se podrá identificar en el estado de cuenta del crédito.
- En caso de que la Solicitud sea rechazada se procederá con la devolución de la prima cobrada en la misma cuenta en la que se desembolsó el préstamo dentro de un plazo de 30 días.

Vigencia del Seguro

Inicio de Vigencia dentro de un plazo de 30 días. La cobertura que figura en la solicitud/certificado se inicia, a la firma del Asegurado, y siempre que EL CONTRATANTE hubiera efectuado el desembolso del crédito que se identifica en el presente documento y el Asegurado haya cumplido con pagar la prima; extendiéndose hasta la cancelación del saldo insoluto deudor, según cronograma original de pago.

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, Banco



al momento de solicitar el seguro.

Fecha de término para la Cobertura

Finalización del cronograma original del CRÉDITO. La ampliación del cronograma del CRÉDITO o la cancelación anticipada del mismo no afecta la prima acordada. En caso de prórroga total del crédito, la prima será liberada y se cobrará sobre prima por adelantado, sino mensualmente por la cobertura ofrecida. Como consecuencia de la resolución o extinción de la póliza terminará la cobertura de la póliza, liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro.

Exclusiones Generales

La Compañía 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. Fallecimiento del Asegurado.
2. Siniestros que se inicien dentro del periodo de carencia establecidos en la Póliza.
3. Moras, penalidades o cargos adicionales.
4. Siniestros generados como consecuencia de:
 - a. Incendio, explosión, terremoto, temblor, erupción volcánica, tifón, huracán, tornado, ciclón, fuego subterráneo, inundación, rayo u otra convulsión 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 para 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 la 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 para Incapacidad Temporal por Accidente/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 o por acción de terceros, aún 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 caracteres tético 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



Luciano Bedoya C.
Gerente de División de Riesgos Generales

estado de ebriedad o embriaguez, o bajo el efecto de drogas en estado de sonambulismo. Se considera que el resultado mayor de el examen del 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 actividades como:
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección, actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.
 - 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, tales como carreras de automóviles, motocicletas, motonetas, incluyendo las de agua, así como carreras de bicicletas o caminata de montaña, práctica de ciclismo, concurso 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.

Cláusulas Adicionales

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

Importante

- La Comisión del Comercializador por este seguro es de 0.84% de la prima comercial y se calcula sin considerar los gastos de gestión.
 - La Compañía es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas por el Banco de Crédito del Perú en la Póliza No 4997768. En este sentido, la Compañía es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Banco de Crédito del Perú con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
 - Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Contratante, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubieren dirigido a la Compañía. Asimismo, los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante, se consideran abonados a la Compañía.
 - El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la póliza del seguro a la Compañía, 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, la cual se complementa con las condiciones de la Póliza No 4997768.
- 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, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida.

COMPAÑÍA DE SEGUROS:

PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

RUC: 20332970411

Av. Juan de Arona 830, San Isidro - Lima

T: 513-5000

CONTRATANTE Y COMERCIALIZADOR:

BANCO DE CRÉDITO DEL PERÚ

RUC: 20100047218

Centenario 156, Urb. Las Laderas de

Melgarejo, La Molina - Lima

T: 313-2000

Resumen Informativo

Desempleo Involuntario o Incapacidad temporal por Accidente y/o Enfermedades

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 mismo 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 o 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 4ª categoría del Régimen Tributario.
2. Personas con negocio propio que estén percibiendo un ingreso considerado como renta de 3ª categoría del Régimen Tributario.

Riesgos cubiertos - Coberturas Básicas

Las coberturas otorgadas por la Compañía son las detalladas en el Certificado de Seguro 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.

Exclusiones

Se detallan en el Certificado de Seguro y en artículo 5o de las Condiciones Generales de la póliza.

Terminación del Seguro

La cobertura del seguro terminará y la Compañía no tendrá obligación de indemnizar cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:

1. La resolución deja sin efecto el Contrato de Seguro o el Certificado de Seguro, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones acordados en la póliza. Puede ocurrir por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, y se considerará resuelto de automáticamente a partir de día en que la COMPAÑÍA reciba dicha solicitud por cualquiera de los canales de comunicación pactados.
2. Si la resolución se da por parte de PACÍFICO SEGUROS, ésta podrá hacerlo sin más requisito que una comunicación fehaciente y por escrito, dirigida a la otra parte, y se considerará resuelto el seguro a los treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que El CONTRATANTE y/o ASEGURADO reciba dicha comunicación, fecha que será considerada para el fin de la vigencia de la Póliza o Certificado de Seguro, según corresponda.
3. Al fallecimiento del Asegurado.
4. El día en el que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia.
5. Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo para el pago, se entiende que el contrato de seguro ha quedado extinguido automáticamente.
6. Se entiende que el contrato de seguro ha quedado extinguido automáticamente sin necesidad de comunicación o aviso.

Procedimiento en caso de siniestros

Al producirse el desempleo involuntario o la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad el Asegurado deberá efectuar el aviso formal del siniestro en las oficinas de la Compañía. Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido, que actualmente es de 10 años.

Según corresponda deberá entregar los siguientes documento en las oficinas de la Compañía o del Contratante:

Documentos a presentar en caso de siniestro de Desempleo Involuntario

Documentos a presentar en caso de siniestro por Desempleo Involuntario	Trabajador formal con contrato		Empleados Públicos	Miembros de FF.AA. y Policiales
	Trabajo a Plazo Indefinido	Trabajo a Plazo Fijo		
1. Copia del DNI o documento de identidad del Asegurado.	X	X	X	X
2. Registro de indemnización de siniestros para Seguro de Protección Financiera.	X	X	X	X
3. Copia 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 FF.AA y Policiales documento similar expedido por la autoridad administrativa de las Fuerzas Armadas o Policiales según corresponda.	X	X	X	X
4. Copia de la última boleta de pago de remuneraciones.	X	X	X	X
5. Copia 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 de carta de despido o resolución administrativa o documento oficial que acredite la causa.				X



7. Copia del último contrato de trabajo, renovado con el mismo empleador, legalizado por un notario público.



X



Mensualmente el asegurado deberá informar vía correo electrónico (siniestrosrgg@pacifico.com.pe) que continúa su condición de desempleo y se deberá adjuntar el estado de cuenta de la AFP u ONP del mes en curso. Condición necesaria para continuar con el pago de la indemnización.

Para solicitar el pago de la cuota siguiente a las dos ya cubiertas

Documentos a presentar en caso de siniestro por incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad

- Copia del DNI o documento de identidad del Asegurado.
- Registro de indemnización de siniestros para Seguro de Protección Financiera. Mensualmente, se deberá presentar la Declaración Jurada confirmando su situación de incapacidad temporal y/o enfermedad.
- Certificado Médico en el que conste la información sobre los días requeridos de reposo por Incapacidad Temporal, detallando:
 1. Causas de incapacidad.
 2. Diagnóstico definitivo.
 3. Número de historia médica.
 4. Tratamiento realizado y los documentos sustentatorios (exámenes auxiliares).
 5. Pronóstico, días de descanso.
 6. Clínica u hospital donde recibió la atención.
 7. Médico especialista.
 8. Fecha de atención (esta declaración deberá ser presentada actualizada de manera mensual).
- Autorización del Asegurado para revisión de historias clínicas.
- Copia Legalizada de su Declaración Jurada de rentas de 4ta categoría.
- Copia Legalizada de su Declaración Jurada de rentas de 3era categoría (empresa individual de responsabilidad limitada).

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.

Pago de la Indemnización

Una vez presentada y aprobada toda la documentación, la Compañía pagará al Asegurado y/o su Beneficiario(s) las indemnizaciones correspondientes, en un plazo máximo de treinta (30) días calendario de haber sido aprobada la documentación presentada para la liquidación del siniestro en tanto el Asegurado no pierda la condición de asegurabilidad establecida.

Términos y Definiciones

Para todos los efectos de esta Póliza, los siguientes términos y frases tendrán el significado que a continuación se señala:

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y violentos que ocasione daños al Asegurado, generándole una o más lesiones. No se considera como accidentes los llamados "accidentes médicos", o hechos que sean a consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado o por mala práctica médica.

Antigüedad laboral: Periodo de tiempo que será precisado en las condiciones particulares de la póliza.

Asegurado: Es la persona que se encuentra cubierta por la presente póliza y que se encuentra expuesta a los riesgos detallados en la misma.

Beneficiario: El Beneficiario de las indemnizaciones originadas por esta póliza es el Asegurado, y/o la persona que se designe en la Solicitud y en las Condiciones Particulares de la póliza, según la cobertura contratada.

Compañía: El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros.

Contratante: Es la persona jurídica proveedora de bienes y/o servicios, quien conviene los términos y condiciones del Seguro con la Compañía que contrata el seguro para un homogéneo de personas.

Deducible: Es el importe, porcentaje o número de cuotas que debe pagar el Asegurado en caso de quedar en situación de desempleo involuntario o incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad.

Desempleo involuntario: Es la situación que se produce por circunstancias no imputables al actuar del Asegurado y que implica la privación total de ingresos por conceptos laborales.

Enfermedad: Es toda alteración del estado de salud de causa no accidental.

Enfermedad y/o condición preexistente: Es toda condición de salud o enfermedad, signo, síntoma, síndrome o diagnóstico, examen de laboratorio o imágenes, procedimiento susceptible de ser identificado en los antecedentes médicos del Asegurado previo al inicio de la cobertura del seguro y posible de ser correlacionado con el estado de salud.

Incapacidad temporal: Es la incapacidad física que por causa de un accidente o enfermedad que impide al Asegurado ejercer total y temporalmente cualquier actividad profesional. Para efectos de esta póliza, no se cubrirá la incapacidad temporal debida, causada, o a consecuencia de enfermedades o accidentes ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del asegurado, o por aquellas situaciones excluidas en esta póliza.

Grupo asegurado: En el caso de pólizas grupales o colectivas, es el conjunto de personas que el Contratante de la póliza va designando como asegurados y que cumplen con los requisitos de asegurabilidad que establece la Compañía.

Periodo activo mínimo: Es el periodo de tiempo que será determinado en las condiciones particulares de la póliza, durante el cual el Asegurado que ya ha sido indemnizado en razón del seguro y que ya ha obtenido nuevamente empleo, debe mantenerse en éste para poder invocar el seguro si incurre nuevamente en desempleo involuntario. Para la cobertura de incapacidad temporal, es el periodo de tiempo que debe transcurrir para que el asegurado que ya ha sido indemnización en razón de esta cobertura pueda invocarlo nuevamente si incurre en un evento de incapacidad temporal, no atribuible ni a consecuencia del accidente o enfermedad que originó la indemnización anterior.

Periodo de carencia: Se define como el número de días calendario u horas contados a partir de la fecha de la solicitud del seguro (póliza) durante el cual el Asegurado no está amparado por el seguro.

Póliza: Documento en el que consta el contrato de seguro, conformado por las condiciones comunes a todo seguro de daños, condiciones generales, particulares, especiales, cláusulas adicionales, endosos, si los hubiere; así como la Solicitud de Seguro y los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el contratante o asegurado, con ocasión de la contratación del seguro.

Siniestro y/o evento: En caso de Desempleo Involuntario: Se entenderá como ocurrencia del evento o siniestro la fecha de término de la relación laboral indicada en la documentación presentada para la evaluación del mismo.

En caso de Incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad: Se entenderá como ocurrencia del evento o siniestro la fecha de la incapacidad temporal por accidente o enfermedad indicada en la documentación presentada para la evaluación del siniestro.

Mecanismo de solución de controversias

En caso de presentarse divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta póliza se someterán a la jurisdicción de los jueces y tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el Asegurado, según corresponda de acuerdo a ley.

A

En caso de reclamo el Asegurado cuenta con la Central de Información y Consultas de Pacífico Seguros al 513-5000 /Torre Pacífico Av. Juan de Arona No 830, San Isidro.

Defensoría del Asegurado

En caso que el cliente no esté de acuerdo con la atención de su siniestro, siempre y cuando no exceda de US\$ 50,000, el Asegurado puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe Teléfono: 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro.