

## SEGURO DE ACCIDENTES GRUPAL

Código SBS N° AE0446100081 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 20100035392.

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

Página web: [www.pacificoseguros.com](http://www.pacificoseguros.com)

Teléfono: (+51) XXXXXXXXXXXX

#### DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre / razón social:

Dirección:

Distrito:

Provincia:

DNI / RUC:

Departamento:

Teléfono:

Correo electrónico:

#### ASEGURADO:

Nombres:

Apellido paterno:

Apellido materno:

Fecha de nacimiento:

Relación con el contratante:

DNI / CE / RUC

Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono:

Correo electrónico:

#### 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, PACIFICO SEGUROS pagará la indemnización correspondiente a los herederos legales del ASEGURADO

## DATOS GENERALES

VIGENCIA: desde XXXXX hasta XXXXX

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

Fecha de Fin: DD/MM/AAAA

## INTERÉS ASEGURABLE

Coberturas del Seguro	Sumas Aseguradas (deducibles y coaseguros a cargo del asegurado)
<b>Cobertura Básica:</b>	
Muerte accidental	XXXXXXXXXX
<b>Coberturas Adicionales:</b>	XXXXXXXXXX
Invalidez Permanente por accidente	XXXXXXXXXX
Incapacidad Temporal por accidente (por xx días)	XXXXXXXXXX
Gastos de curación por accidente, hasta	XXXXXXXXXX
Gastos de sepelio por accidente, hasta	XXXXXXXXXX

## 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 originen o sean consecuencia de situaciones o condiciones que se deben 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.

- a) Enfermedades o deficiencias mentales y/o emocionales y/o curas de reposo.
- b) Tratamientos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza.
- c) Las consecuencias no accidentales de embarazos o partos.
- d) Las patologías médicas que anteceden el accidente y/o que se compliquen o descompensen a consecuencia del mismo.
- e) Lesiones y condiciones preexistentes al momento de contratar este seguro. Ver definición de preexistencia en el Glosario de términos.
- f) 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.

- g) 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.
- h) 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.
- i) 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.
- j) Los accidentes que se produzcan en la práctica profesional o como aficionado de deportes y actividades de riesgo: 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, 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 la COMPAÑÍA, previo pago de la extra prima correspondiente, los hubiere aceptado como riesgo en Cláusula particular o especial.
- k) Las complicaciones originadas en cuadros de hernias de columna vertebral ni sus agravaciones; cuadros clínicos de insolación; y las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.
- l) Actos que infringen las leyes, normas o reglamentos vigentes, cuando la violación corresponde a un delito o constituya la causa del siniestro.
- m) Cuando carezca de licencia oficial para manejar y/o cuando teniendo licencia para manejar ésta no faculte la conducción del automóvil, según reglamento de licencias para conducir.
- n) Compra de células, tejidos y órganos. Terapia con células madres, factor de crecimiento plaquetario, albúmina humana.
- o) 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.
- p) Ortesis y prótesis externas, equipos para la rehabilitación de índole mecánica o electrónica de uso domiciliario, audífonos, implante coclear.
- q) Implantes dentales.
- r) Atenciones a domicilio, incluyendo cuidados particulares de enfermería o técnicas de enfermería, sean durante la hospitalización o en domicilio u otro centro de internamiento.
- s) Cirugía plástica o estética y tratamiento de cicatrices queloides.
- t) No se cubren medicamentos, insumos, implantes o prótesis que no estén aprobadas por la FDA (Food and Drug Administration – EEUU)
- u) Procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastia, discolisis laser, infiltración o nucleolisis facetaria, vertebroplastia y discografía."

- v) Infección por virus de inmunodeficiencia adquirida, sus complicaciones y consecuencias en cualquiera de sus estadios.
- w) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos.
- x) Dispositivos para columna del tipo separadores intervertebrales, prótesis discales o vertebrales y cajetillas o cages.
- y) Medicina alternativa o complementaria. Compra o alquiler de equipos médicos.

## PRIMA Y FORMA DE PAGO

Prima Comercial	xxxxxxx
<b>Prima Comercial<sup>(1)</sup> + IGV</b>	<b>xxxxxxx</b>

(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.

Lugar y Forma de pago: XXXXXXXX

**TCEA: XX% (en caso de prima fraccionada)**

**Comisión de agenciamiento: XXX (en caso lo hubiera)**

**Comisión del Comercializador: XXXX (en caso lo hubiera)**

**RELACIÓN DE CLÁUSULAS ADICIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES APLICABLES AL SEGURO** (dependiendo de las coberturas contratadas)

- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

## PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

### 1.1 AVISO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus Beneficiarios, producido un accidente indemnizable, están en la obligación de comunicarlo a PACIFICO SEGUROS mediante cualquiera de los medios de comunicación pactados en la Póliza, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de conocida la ocurrencia o de conocido el beneficio, ya sea en el territorio nacional o en el extranjero. Cuando se trate de un caso de muerte, el aviso deberá ser efectuado a más tardar dentro de los siete (7) días calendario de ocurrido o de conocido el beneficio.

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.

## **1.2 PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS**

El 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):

### **i. PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE**

- a) Formato de la COMPAÑÍA: “Hoja de Denuncia de Accidentes Personales” proporcionada por PACIFICO SEGUROS, debidamente llenada y firmada.
- b) Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO fallecido, en caso de tenerlo en su poder.
- c) Certificado Médico de Defunción.
- d) Acta o Partida de Defunción.
- e) Protocolo de Necropsia completo, en caso 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, en caso 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) Relación de gastos de sepelio en que se hubiese incurrido, debidamente sustentado con comprobantes de pago emitidos conforme a ley. (no aplicable para la cobertura de Muerte Accidental).

### **ii. PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

- a) Hoja de Denuncia de Accidentes proporcionada por PACIFICO SEGUROS, debidamente llenada y firmada.
- b) Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO
- c) Atestado Policial Completo en el caso de accidentes en que haya presunta responsabilidad de terceros o daños a dichos terceros
- 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) o por la Comisión Médica correspondiente de las Fuerzas Armadas o del Ministerio del Interior, según corresponda.

La invalidez permanente parcial será determinada por una Comisión Médica compuesta por un médico elegido por el ASEGURADO, otro elegido por PACIFICO SEGUROS y un tercero designado por los dos previamente nombrados.

### **iii. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

- a) Hoja de Denuncia de Accidentes proporcionada por PACIFICO SEGUROS, debidamente llenada y firmada.
- b) Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO.
- c) Atestado Policial Completo en el caso de accidentes en que haya presunta responsabilidad de terceros o daños a dichos terceros.
- 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 incapacidad temporal emitido por el médico tratante del ASEGURADO.

**iv. PARA LA COBERTURA DE GASTOS DE CURACION**

- a) Hoja de Denuncia de Accidentes proporcionada por PACIFICO SEGUROS, debidamente llenada y firmada.
- 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. Todo accidente grave debe estar acreditado por la autoridad competente.
- c) Receta con la indicación del tratamiento correspondiente y su fecha de inicio emitida por un profesional médico colegiado.

En caso, de no haber podido recurrir a una clínica o centro médico de la red de proveedores de PACIFICO SEGUROS señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, el ASEGURADO deberá presentar la relación de gastos de curación incurridos, ya sea en honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios y/o quirúrgicos, debidamente sustentados con la receta médica, incluyendo los comprobantes de pago respectivos emitidos conforme a ley. Estos gastos serán reconocidos tomando como base máxima el Tarifario Pacífico que ASEGURADO tiene a su disposición y consulta llamando a la Central de Información y Consultas de PACIFICO SEGUROS, al número telefónico señalado en las Condiciones Particulares en Lima y Provincias o ingresando a la página web: <http://www.pacificoseguros.com/site/Portals/0/documents/Tarifario.zip>

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.

**CONSIDERACIONES IMPORTANTES**

**Derecho de resolución sin expresión de causa:**

El ASEGURADO y PACIFICO SEGUROS tienen derecho a resolver el contrato sin expresión de causa, con un preaviso de 30 días. 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 PACIFICO SEGUROS 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 COMPAÑIA, en Av. Juan de Arona N° 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) 5184000 FAX (511) 518-4295 / 518-4299

Personalmente: acercándose al Área de Atención al Cliente de la COMPAÑIA, en Av. Juan de Arona N° 830, distrito de San Isidro, en horario de oficina

### **Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias:**

Se informa al ASEGURADO que existen diferentes instancias para presentar reclamos y/o denuncias en contra de la COMPAÑIA, 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](http://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. Dos de Mayo 1475, San Isidro 15073, Web: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)
- **Indecopi:**  
Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)
- **SuSalud:**  
Dirección: Av. Alejandro Velasco Astete 1398, Santiago de Surco, TELÉFONO: (511) 372-6127

## 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.
- Pacifico 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 Pacifico 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 XX**

**RELACIÓN DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS**

**(AFILIADOS A LA RED DE PROVEEDORES DE PACIFICO SEGUROS )**

**XXXXX**

**XXXXX**

**XXXXX**