

SOLICITUD-CERTIFICADO N° XXXXX
POLIZA N° XXXXXX (Registro SBS N° XXXXXXXXXXXXX)
“SEGURO DE VIDA EN GRUPO”

1. DATOS GENERALES DEL PROPUESTO ASEGURADO:

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		DNI ó C.E.:	
Fecha de Nac.:		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Estado civil		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviviente	
Teléfono fijo:		Celular:	
Ocupación:		Nacionalidad:	
Relación con el Contratante: Titular de una Tarjeta de Crédito			
Domicilio Contractual:	Dirección Física:		
	Nombre de la Vía:		
	Distrito:	Provincia:	Departamento:
	Referencia:		
Dirección Electrónica:			
Tarjeta No.		Fecha de vencimiento	
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	
Visa			
<input type="checkbox"/>			

2. INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA RESPECTO DE CADA ASEGURADO:

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo de este seguro se inicia, respecto de cada Asegurado, a partir de las cero horas del primer día del mes siguiente a la suscripción de la presente Solicitud-Certificado.
- **Fin de Vigencia:** Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente la póliza en virtud de la cual se emite el presente documento; (ii) la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago; (iii) el Asegurado no supere los «XX» años de edad; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

3. BENEFICIARIOS:

Para las coberturas de fallecimiento:

a) Herederos

b) Otros beneficiarios

Se entenderá por “**Herederos**” a aquellas personas que figuren en la Sucesión Intestada o Testamento, en caso se hubiera otorgado. La distribución se hará en partes iguales, salvo que en el testamento se hubiera designado específicamente a los beneficiarios de esta póliza fijándose una distribución determinada.

Si usted marcó la opción de “**Otros beneficiarios**”, le solicitamos se sirva llenar el siguiente cuadro:

Para efectos de este seguros, solo podrá designar como beneficiario al cónyuge o conviviente, padres, hijos, sobrinos, tíos, hermanos, abuelos, o nietos del asegurado, siempre que exista interés asegurable.

Nombres y Apellidos Completos	DNI	Parentesco	Porcentaje
Total			100%

Si no llenó el recuadro, si marcó ambas opciones, si no llenó la información completa o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se registrará como beneficiarios a los herederos del Asegurado, en el orden legal establecido y en partes iguales.

Tratándose de las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente o de Adelanto de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, el beneficiario es el propio Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será solicitado por y abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

4. PRIMA, FORMA DE PAGO, COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURA PRINCIPAL	SUMA ASEGURADA	EDAD LÍMITE DE	
		INGRESO	PERMANENCIA
Muerte Natural ⁽¹⁾	«XXXXX.XX»	«XX» años	«XX» años
COBERTURAS ADICIONALES			
Muerte Accidental ⁽¹⁾	«XXXXX.XX»	«XX» años	«XX» años
Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre ⁽¹⁾	«XXXXX.XX»	«XX» años	«XX» años
Adelanto de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal ⁽²⁾	«XXXXX.XX»	«XX» años	«XX» años
Renta Mensual por Accidente de Tránsito. ⁽³⁾	«XXXXX.XX»	«XX» años	«XX» años
Prima Comercial Mensual (en «Moneda»). ⁽⁴⁾	«XXXXX.XX»		

(1) Las coberturas de Muerte Natural, Muerte Accidental y Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre son mutuamente excluyentes; el pago de uno de ellos exonera a la Compañía del pago de los otros dos.

(2) El pago del beneficio de la cobertura de Adelanto por Enfermedad Terminal será a cuenta del beneficio de la cobertura de Muerte Natural. Cuenta con un Periodo de Carencia de «XX» días a partir del inicio de la cobertura. El pago de estará condicionado a que el Asegurado sobreviva a los «XX» días posteriores al diagnóstico (Periodo de Supervivencia).

(3) El monto indicado como suma asegurada de esta cobertura corresponde a la Renta Mensual que será pagada a favor del beneficiario durante un (01) año (12 rentas mensuales).

(4) En la actualidad, las pólizas de vida están inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú.

La primera cuota de la prima será cargada en la tarjeta afiliada que figura en la presente Solicitud al momento de la afiliación. El pago de las primas siguientes deberá realizarse a través del mismo medio y en igual día del mes de cobertura correspondiente. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguros por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. **En todo caso, transcurridos noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.**

El presente seguro no contempla deducibles, copagos, franquicias o conceptos similares, salvo por los indicados expresamente en el presente acápite.

5. DEFINICIONES:

- **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, accidente cerebro vascular, dolores de espalda crónicos, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**

- **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.
- **Enfermedad Terminal:** Para este seguro se consideran únicamente como Enfermedades Terminales las siguientes:
 - a) **Cáncer:** La presencia de uno o más tumores malignos caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión de tejidos. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. **Se excluye el cáncer in situ, tumores debidos al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), cualquier tipo de cáncer de piel a excepción del melanoma maligno. Asimismo, se excluyen los linfomas, la enfermedad de Hodking y las leucemias.**
 - b) **Insuficiencia Renal Crónica:** Insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones, que implique la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis.
 - c) **Accidente Cerebro Vascular:** Cualquier accidente cerebrovascular de duración mayor a veinticuatro (24) horas que produzca secuelas neurológicas persistentes de más de quince (15) días.
 - d) **Infarto al Miocardio:** Muerte o necrosis de una parte del músculo cardiaco (miocardio) como consecuencia del deficiente suministro sanguíneo a la zona afectada y cuyo diagnóstico debe inequívoco y estar basado en los tres (3) siguientes criterios:
 - (i) Antecedentes de dolores pectorales típicos.
 - (ii) Cambios nuevos y relevantes detectados por electrocardiograma.
 - (iii) Aumento de las enzimas cardiacas por encima de los valores aceptados como normales.
 - e) **Cirugía Puente Aortocoronario (By pass):** Cirugía a corazón abierto que se realiza para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos (2) o más arterias coronarias con injertos de by-pass o puente coronario, diagnosticado por el resultado de una angiografía y/o coronariografía, **quedando excluida cualquier otra técnica como la angioplastia o las técnicas con laser.**

A efectos de que alguna de las Enfermedades Terminales antes listadas cuente con cobertura su diagnóstico deberá haber sido emitido por primera vez luego de transcurrido el periodo de carencia indicado en el presente acápite. Asimismo, el diagnóstico deberá cumplir con las siguientes condiciones: (i) sea emitido por un médico especialista colegiado; (ii) sea confirmado por la Compañía; y, (iii) indique con certeza médica que el Asegurado padece una de las cinco (5) enfermedades terminales indicadas a continuación, la cual producirá el fallecimiento del Asegurado dentro de los seis (6) meses posteriores a dicho diagnóstico.

- **Muerte Accidental:** Fallecimiento inmediato del Asegurado por causas que cumplen la condición de accidente definida en la presente póliza. **Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente.**
- **Muerte Natural:** Fallecimiento del Asegurado por causas no accidentales.
- **Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre:** Muerte accidental del Asegurado, según la definición precedente, producida mientras el Asegurado hubiera estado viajando, subiendo o descendiendo, en calidad de pasajero, de cualquier medio de transporte público terrestre que cuente con una capacidad igual o mayor a veinte (20) pasajeros, de acuerdo con lo establecido en la respectiva tarjeta de propiedad vehicular, y que esté debidamente autorizado. **Es condición necesaria que el mencionado medio de transporte tenga la licencia respectiva para transportar pasajeros así como haberse realizado el pago respectivo por el pasaje.**

6. EXCLUSIONES:

Este seguro no cubre el fallecimiento producido a consecuencia de: (a) Enfermedades o dolencias preexistentes a la afiliación del seguro. (b) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que la afiliación a la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años. (c) Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios designados, no

responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado. (d) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario. (e) Participación del Asegurado como sujeto activo de un acto delictivo o tipificado como delito o por aplicación legítima de la pena de muerte. (f) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra. (g) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. (h) La participación en los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo y artes marciales; la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en los siguientes deportes de velocidad: carreras de caballos o carreras de vehículos terrestres, marítimos o aéreos, motorizados o no. (i) SIDA/VIH. (j) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas. (k) Estado étílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos – litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo su deceso.

7. RENOVACIÓN Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

La póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado tiene una vigencia anual renovable automáticamente en las mismas condiciones, salvo que la Compañía y/o el Contratante comuniquen las modificaciones con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. **El Asegurado tendrá un plazo de 30 días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía.**

Durante cada periodo de vigencia anual de la póliza, la Compañía 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; sin perjuicio de lo cual, la póliza podrá ser modificada a su renovación anual, conforme a lo antes expuesto.

8. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA (O CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO)

El seguro podrá resolverse por solicitud escrita del Contratante debido sin expresión de causa. En dicho supuesto, el Contratante comunicará a todos los Asegurados su decisión de resolver la póliza con 30 días de anticipación. Asimismo, se extinguirá al finalizar el periodo de vigencia anual de la póliza o de sus renovaciones en caso cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla. Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados.

Adicionalmente, este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado: (i) Por aplicación del derecho de arrepentimiento; (ii) Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión del seguro efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable; (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver la Solicitud-Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con 30 días calendario de anticipación; (iv) Por la presentación de una Solicitud de Desafiliación sin expresión de causa, quedando sin efecto las coberturas otorgadas a partir de las 23:59 horas del último día calendario del mes en que se realice la referida solicitud; y, (v) Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta.

Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes hechos: (i) Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en el presente seguro; (ii) Al superar, el Asegurado, la Edad Límite de Permanencia

correspondiente a la cobertura principal; y, (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario desde la fecha establecida en las Condiciones Particulares para realizar el pago de la prima.

Se deja expresa constancia que, en caso la cobertura del seguro se resolviese o extinguiese, la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido. Para estos efectos, el Asegurado deberá solicitar por escrito ante la Compañía la devolución correspondiente. En caso la resolución sea efectuada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte del Asegurado, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha de resolución.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos: (i) Si, al momento de la contratación del seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro. (ii) Si se comprobase que el Asegurado superaba la “Edad Límite de Ingreso” a la fecha de adquisición del seguro. (iii) En ausencia de interés asegurable al tiempo de la afiliación al seguro, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro. (iv) Si al tiempo de la afiliación al seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los literales (ii), (iii) o (iv) precedentes, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, sin intereses. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del seguro a título indemnizatorio.

9. PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA (AVISO DE SINIESTRO)

El beneficiario deberá informar por escrito al domicilio físico de la Compañía o del Comercializador sobre la ocurrencia del siniestro objeto de cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en la cual tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

En caso de Muerte Natural	En caso de Muerte Accidental	Adelanto por Enfermedad Terminal
<ol style="list-style-type: none"> 1. Partida o acta de defunción. 2. Certificado Médico de Defunción Completo. 3. Informe Médico ampliatorio (formato de la Compañía). 4. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partida o acta de defunción. 2. Certificado Médico de Defunción Completo. 3. Informe Médico ampliatorio (formato de la Compañía). 4. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada. 5. Protocolo o Acta de necropsia completa, cuando corresponda. 6. Atestado o Informe policial completo (o Carpeta Fiscal). 7. Resultado del examen de dosaje etílico y Toxicológico, cuando corresponda. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informes y exámenes médicos que respalden su condición y diagnóstico, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan, que necesariamente incluirán el certificado médico legalizado e informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).

Dentro de los 30 días siguientes a la recepción de toda la documentación exigida o del Periodo de Supervivencia, en caso de corresponder, la Compañía determinará si la solicitud de cobertura es procedente. En los primeros 20 días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculados al siniestro, que juzgue necesarios, lo que suspenderá

el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes. Ante el rechazo de la solicitud de cobertura, el Asegurado o sus beneficiarios podrán acudir a la Defensoría del Asegurado, al Indecopi o al Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable. Asimismo, podrán solicitar orientación en Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

10. RECLAMOS Y CONSULTAS

Para la atención de sus consultas o reclamos llamar a Banca por Teléfono «XXX-XXXX», o acudir a la Plataforma de Atención de cualquier Oficina del Contratante. Asimismo, puede comunicarse con la Central de Servicio al Asegurado de Pacífico Seguros 513-5000 o acercarse a las oficinas de “Atención al Cliente” ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro. Asimismo, podrá acudir al Indecopi o a Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

11. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios y/o los herederos del Asegurado, si la hubiere, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.

12. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la Solicitud-Certificado, el Asegurado tendrá la facultad de resolver el seguro sin expresión de causa, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida. Para estos efectos, el Asegurado deberá cursar una comunicación a la Compañía empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro, la que le será entregada dentro de los 15 días siguientes de realizada la referida solicitud. El modelo de la póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado de Seguro se encuentra inscrito en el Registro de Pólizas de la SBS y se puede acceder a éste ingresando al “Portal del Usuario” de la página de internet oficial de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (www.sbs.gob.pe) o a través de la página de internet oficial de la Compañía (www.pacificoseguros.com).

La Compañía es responsable frente al Asegurado por la cobertura contratada, así como por todos los errores u omisiones en que incurra el «Nombre de la Entidad Financiera» con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado mediante Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Asegurado o sus beneficiarios al «Nombre de la Entidad Financiera» con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Funcionario

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Funcionario

SEGURO DE VIDA EN GRUPO
TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE

RESUMEN

1. **¿Cuáles son las condiciones de acceso y límites de permanencia del seguro?**
Podrán acceder al seguro aquellas personas que no superen los «XX» años de edad, teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurados, en caso de renovación anual, sólo hasta alcanzar las edades límites por cobertura indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. **¿Cómo se ejerce el Derecho de Arrepentimiento?**
El Asegurado podrá resolver el seguro respecto de sí mismo, sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la Solicitud-Certificado. Si el Asegurado resuelve el seguro conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.
3. **¿Qué riesgos cubre?**
Cubre el fallecimiento del Asegurado por muerte natural, muerte accidental, muerte en transporte público terrestre, adelanto por enfermedad terminal y renta mensual por muerte accidental; siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.
4. **¿Cuáles son las Exclusiones?**
Las principales exclusiones son las siguientes:
 - a) Enfermedades o dolencias preexistentes.
 - b) Suicidio, salvo que la afiliación a la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.
 - c) Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios.
 - d) Viaje o vuelo en vehículo aéreo no regular.
 - e) Participación del Asegurado en un acto delictivo.
 - f) Guerra; servicio y/o actividad militar o policial.
 - g) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular.
 - h) La participación en los deportes riesgosos listados en la Cláusula Décimo Segunda.
 - i) SIDA/VIH.
 - j) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
 - k) Estado etílico del Asegurado.El detalle de las exclusiones se consigna en la Cláusula Décimo Segunda de las Condiciones Generales y en la Cláusula Cuarta de las respectivas Cláusulas Adicionales. Si el siniestro se produjera como consecuencia de alguno de dichos supuestos no se otorgará la cobertura del seguro.
5. **¿Cuál es el lugar y forma de pago de la prima?**
Cargo en la Tarjeta afiliada por el Asegurado en la Solicitud de Seguro, de acuerdo a lo establecido en los acápites 3 de las Condiciones Particulares.
6. **¿Cuál es el procedimiento para efectuar modificaciones a las condiciones de la póliza?**
Durante la vigencia anual de la póliza, la Compañía 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 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.
7. **¿Cuáles son las causales de terminación de la cobertura?**
Se encuentran establecidas en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales. Asimismo, el Asegurado podrá solicitar su desafiliación al seguro en cualquier momento, sin expresión de causa y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios empleados para su incorporación al seguro, de

acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales.

8. ¿Cuál es el medio y plazo para dar el aviso de siniestro y los lugares autorizados para presentar una Solicitud de Cobertura?

El siniestro debe ser comunicado por escrito a la Compañía o al Comercializador, de ser el caso, dentro de los 7 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. La solicitud de cobertura deberá presentarse en el domicilio físico de la Compañía o en cualquier oficina del Comercializador, de ser el caso. Para mayor información podrá comunicarse a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000 o ingresar a nuestra página web www.pacificoseguros.com. Los documentos que deben adjuntarse a la solicitud de cobertura se encuentran listados en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales. Sin perjuicio del plazo, los Beneficiarios podrán solicitar la cobertura dentro del plazo legal de prescripción establecido. En la actualidad el plazo legal de prescripción es de diez años contados a partir de la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio; sin embargo se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

Ante el rechazo de la solicitud de cobertura de un siniestro, se podrá presentar un reclamo escrito dirigido a la propia Compañía o acudir gratuitamente a la Defensoría del Asegurado, entidad privada, cuyos principales datos son:

Web: www.defaseq.com.pe

Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio Miraflores, Lima – Perú.

Telefax: 446-9158

Además, podrá recurrir al INDECOPI o al mecanismo de solución de controversias establecido en la póliza. Adicionalmente, podrá solicitar orientación en la Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

9. ¿Cuál es el mecanismo de solución de controversias?

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios y/o los herederos del Asegurado, si la hubiere, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.

10. ¿Consultas y/o Reclamos?

Puede presentar sus consultas y/o reclamos:

Verbalmente, acercándose a cualquier agencia del Contratante; o, a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en **Av. Juan de Arona 830, San Isidro**; o, llamando a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000.

Por escrito, a través de: un correo electrónico a servicioalcliente@pacificovida.com.pe; una carta enviada a nuestras oficinas dirigida a "Atención al Cliente"; o desde nuestra página web www.pacificoseguros.com.

Además, podrá acudir al INDECOPI ubicado en Calle de la Prosa N° 104, San Borja o al teléfono 2247800; Plataforma de Atención al Usuario de la SBS, ubicada en Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro, Lima o al teléfono 0800-10840; o, recurrir al mecanismo de solución de controversias.