Seguro Vida Retorno – Solicitud de Seguro

pacífico

Póliza de Seguro de Vida Temporal de 12 años con retorno de primas al final del año 12
Completar la siguiente solicitud. Todos los campos son obligatorios y relevantes.

1. Datos del Contratante (Solicitante):

Nombres y Apellidos Completos (**P.Natural**): _____

Tipo de Documento: D.N.I.☐ C.E.☐ Pasaporte☐ N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fecha de nacimiento: ____/____/_____ Nacionalidad: ☐Peruana ☐Otra:_____

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

Ocupación: _____ Centro de Trabajo:_____

Razón o Denominación Social (**P.Jurídica**): _____

R.U.C. Nro. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nombres y Apellidos del Representante Legal: _____

Tipo de Documento del Representante: D.N.I.☐ C.E☐ Pas.☐ N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio Contractual (P. Natural o Jurídica): El domicilio contractual será, indistintamente la dirección física y la dirección electrónica (correo) que figura en los sistemas del Banco como datos proporcionados por el Contratante. Mediante la firma de este documento, autorizo a que ambas direcciones sean proporcionadas a El Pacífico Vida Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante la Compañía).

Dirección electrónica (correo electrónico): _____@_____

Teléfono 1: _____ **Teléfono 2:** _____

2. Datos del Propuesto Asegurado (Completar únicamente si es persona distinta al Contratante)

Nombres y Apellidos Completos: _____

Tipo de Documento: D.N.I.☐ C.E.☐ Pasaporte☐ N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fecha de nacimiento: ____/____/_____ Nacionalidad: ☐Peruana ☐Otra:_____

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

Ocupación: _____ Centro de Trabajo:_____

Relación o vínculo con el Contratante: _____

Dirección física: _____

Dirección electrónica (correo electrónico): _____@_____

Teléfono 1: _____ **Teléfono 2:** _____

3. Plan Elegido (Cobertura de Vida: Muerte Natural y Accidental)

Suma Asegurada: US$ 25,000.00 con 100% de retorno de primas.

Edad(*)	18 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 53
Cuota mensual de la Prima en US$	14.00	18.00	25.00	37.00	54.00	72.00
Cuota referencial de la Prima en S/.	37.39	48.08	66.78	98.83	144.23	192.31

(*) Para el cálculo de la prima se considerará la edad del Asegurado a la fecha de cumpleaños más cercana. Nuestras primas son pactadas en dólares americanos. Los montos de las cuotas de las primas expresado en nuevos soles son referenciales y consideran un tipo de cambio de S/.2.671 (Ley 29571). Si se acepta esta solicitud, las primas mensuales podrán pagarse en dólares, o en nuevos soles al tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago, el cual se publica diariamente en las ventanillas de la entidad recaudadora. Si la póliza se mantiene vigente por 12 años, la Compañía devolverá al Contratante todas las primas pagadas, en caso de ser una persona jurídica, las primas a devolver serán netas de IGV. Las cuotas de las primas no incuyen IGV, dado que actualmente las pólizas de Seguros de Vida están inafectas del IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú.

4. Datos de los Beneficiarios (Elegir una opción)

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

COD. 1139 / 12-2015

a) Herederos ☐ b) Otros beneficiarios ☐

Si usted marcó la opción de **"Herederos"**, se entenderá por Herederos a aquellas personas que figuren en la Sucesión Intestada o en el Testamento, en caso se hubiera otorgado. La distribución se hará en partes iguales, salvo que en el testamento se hubiera establecido una distribución determinada para este seguro.

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

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Parentesco	DNI	%
				Total	100%

Si no se indican porcentajes, se entenderá que es en partes iguales. Si no llenó el recuadro, si marcó ambas opciones, si no llenó la información completa (*) o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se registrará como beneficiarios a los herederos del Asegurado, en el orden de prelación legal establecido y en partes iguales.

(*) Solo podrá designar como beneficiario al cónyuge o conviviente, padres, hijos, sobrinos, tíos, hermanos, abuelos o nietos del Asegurado, siempre que exista interés asegurable. No se considerarán personas distintas, repartiéndose sus porcentajes proporcionalmente entre los beneficiarios restantes.

5. Lugar, forma y oportunidad de Pago de la Cuota Mensual de la Prima:

Durante la vigencia de la póliza, autorizo al «*Entidad Financiera*» a cargar el importe de la cuota de prima mensual del seguro en la cuenta o tarjeta de crédito que se indica o a la que le sustituya en caso de renovación, robo, estravío y/o cambio de número original de la tarjeta de crédito o cuenta, sin que sea necesario que suscriba una orden de pago adicional. Asimiso, autorizo a la Compañía a realizar los cargos mensuales señalados en:

- **Tarjeta de Crédito:** ☐ Visa ☐ Amex ☐ Mastercard
  Nro. Tarjeta: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fecha de Vencimiento: ___ / _____
- **Tipo de Cuenta:** ☐ Cuenta Ahorros ☐ Cuenta Corriente ☐ Cuenta Maestra
  Nro. de Cuenta: |_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|

El pago es virtual. En caso no se pueda efectuar el cargo en la cuenta o tarjeta de crédito indicada, autorizo a que se cobre en otro medio de pago que tengo contratado con el «*Entidad Financiera*». El Contratante podrá solicitar la modificación del medio de pago por escrito a la Compañía o al «*Entidad Financiera*».

6. Oportunidad de Pago de la Cuota de la Prima y Consecuencias del Incumplimiento:

La primera cuota de la prima será cargada en la cuenta o tarjeta autorizada, al momento de la aceptación de la solicitud de seguro. La fecha de vencimiento de las cuotas mensuales siguientes será el primer día calendario de cada mes de cobertura. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato por falta de pago de las cuotas de primas de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo, el contrato quedará extinguido.

7. Declaración Jurada de Salud y Actividades del Propuesto Asegurado

Por favor indícanos tu Estatura (m): _____ Peso (kg): _____

	SÍ	NO
1. ¿Padece de alguna enfermedad física o mental o impedimento o afectación física?		
2. ¿Es usted portador y/o ha sido diagnosticado y/o padecido de VIH/SIDA, aneurisma, arritmia cardiaca, bocio tóxico (hipertiroidismo), cáncer, cardiomiopatías, diabetes mellitus, dolencia cerebro-vascular, dolencia hipertensiva, dolencia isquémica y/o reumática crónica del corazón, dolencia mental de todas las especies, encefalitis, esclerosis múltiple, hepatitis virótica, insuficiencia cardiaca, inflamación renal, neoplasía (tumor), sífilis, tuberculosis, cirrosis, insuficiencia renal; o, se encuentra a la espera del resultado de algún examen médico?		

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
COD. 1139 / 12-2015

3. ¿Fuma más de 10 cigarrillos al día?		
4. ¿Consume algún tipo de droga no prescrita o ha sido sometido a tratamiento por drogadicción o alcoholismo?		
5. ¿Realiza alguna de las actividades descritas en el numeral 3 del acápite 8 siguiente?		

8. Declaraciones, Autorizaciones y Compromisos del Contratante y/o del Propuesto Asegurado

1. Declaro conocer que el contrato de seguro podrá mantenerse vigente por un período máximo de doce (12) años, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia, bajo las condiciones establecidas en la póliza. Asimismo, declaro conocer que el límite de ingreso al seguro es hasta los XX años de edad. El límite de permanencia es hasta los XX años de edad.
2. **Principales Exclusiones: Este seguro no cubrirá el fallecimiento a consecuencia de: (a) guerra; (b) actividad y/o servicio militar o policial; (c) participación en acto delictuoso o en actos de guerrilla, rebelión o huelga como sujeto activo; (d) estado de ebriedad o drogadicción; (e) suicidio, salvo que la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante 2 años; (f) contaminación radioactiva; (g) muerte provocada por acto ilícito del Beneficiario y/o Contratante (en caso de ser persona distinta). (El detalle de las exclusiones figura en la póliza que recibirá el Contratante).**
3. **Declaro conocer que no son asegurables bajo este seguro: (a) fiscales, jueces o vocales, (b) cargos políticos (alcaldes, regidores, congresistas, etc.), (c) guardaespaldas, vigilante, (d) pasajero de líneas aéreas no regulares, piloto, tripulante, (e) chofer de taxi o transporte urbano, (f) transportista de líquidos inflamables o sustancias corrosivas, (g) obrero de construcción, (h) minero de socavón, (i) operador de grandes máquinas de obra, (j) trabajo en altura, (k) bombero, (l) trapecista, (m) electricista, (n) manipulación de explosivos, (o) tripulante de embarcaciones, (p) policías, militares, (q) trabajo en horno, soldador, (r) jockey, (s) salvavidas, (t) trabajo en plataformas petrolíferas, (u) uso de moto como medio de trabajo (mensajeros, mototaxistas, despachadores), (v) corresponsal de guerra, (q) venta de joyas en forma ambulatoria, (x) cambista ambulatorio, (y) transporte de dinero, (z) personas que se dedican habitualmente a la práctica de automovilismo, motociclismo, motocross, parapente, ala delta, alpinismo, andinismo, montañismo, boxeo, taekwondo, motonáutica, buceo, esquí acrobático, equitación, caza, toreo, puenting, sky surf u paracaidismo.**
4. Asimismo, declaro que las respuestas dadas a la presente solicitud están hechas bajo declaración jurada, son verídicas y completas, y es de mi conocimiento que cualquier declaración inexacta o reticente, efectuada con dolo o con culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato de seguro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguros. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable, la Compañía me informará la revisión del contrato; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el contrato de seguro.
5. Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros y otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o salud, para que pueda brindar cualquier información solicitada por la Compañía, incluyendo las referidas al VIH/SIDA.
6. Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía se encuentra disponible en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) bajo el Código SBS N° VI2007120044, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).
7. Consentimiento (Ley 29733 - Proteccion de datos personales):

   7.1. Por la presente cláusula PACIFICO SEGUROS DE VIDA 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, PACIFICO SEGUROS DE VIDA 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, PACIFICO SEGUROS DE VIDA informa a EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE /

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
COD. 1139 / 12-2015

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, incluyendo pero sin limitarse a las vinculadas al sistema de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y normas prudenciales, PACIFICO SEGUROS DE VIDA 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 PACIFICO SEGUROS DE VIDA 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 PACIFICO SEGUROS DE VIDA 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 anteriormente EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza expresamente a PACIFICO SEGUROS DE VIDA a incorporar su Información al banco de datos personales de usuarios de responsabilidad de PACIFICO SEGUROS DE VIDA para que este pueda almacenar, dar tratamiento, procesar y transferir su Información a sus subsidiarias, afiliadas y/o socios comerciales nacionales listados en la página web de PACIFICO SEGUROS DE VIDA www.pacificoseguros.com (las "Terceras Empresas") conforme a los procedimientos que PACIFICO SEGUROS DE VIDA determine en el marco de sus operaciones habituales, para efectos de los fines señalados en los párrafos anteriores.

7.2. Asimismo, EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza a PACIFICO SEGUROS DE VIDA 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 PACIFICO SEGUROS DE VIDA brinda, incluyendo pero sin estar limitado a seguros de riesgos generales incluidos los de accidente personales y rentas vitalicias, (ii) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquier otra Póliza, producto o servicio de PACIFICO SEGUROS DE VIDA o de las Terceras Empresas; y, (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.

7.3. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO reconoce haber sido informado que su Información podrá ser conservada, tratada y transferida por PACIFICO SEGUROS DE VIDA a las Terceras Empresas hasta diez años después de que finalice su relación contractual con PACIFICO SEGUROS DE VIDA. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, siempre que cumpla con los requisitos exigidos por las normas aplicables, dirigiéndose a PACIFICO SEGUROS DE VIDA 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 DE VIDA www.pacificoseguros.com; o, por teléfono.

7.4. 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.

8. Reconozco que no habrá contrato de seguro a menos que la Compañía acepte la presente solicitud y se emita la póliza correspondiente. La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la solicitud de seguro con todos los requisitos solicitados por la Compañía, si no media rechazo previo. Para estos efectos autorizo a la Compañía a que realice la entrega de la póliza, indistintamente, en la dirección física elegida o en mi dirección electrónica y declaro expresamente: (i) haber sido informado sobre la forma, procedimiento, ventajas y posibles riesgos asociados al envío de la póliza por medios electrónicos; (ii) tener conocimiento sobre las medidas de seguridad que me corresponde aplicar; (iii) conocer que se confirmará la recepción de la póliza a través de un sistema informático que verifica si el correo electrónico enviado llegó a la bandeja de entrada de mi dirección electrónica; y, (iv) aceptar que, a efectos de garantizar la autenticidad e integridad de la póliza, ésta

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
COD. 1139 / 12-2015

contará con la firma electrónica del representante de la Compañía y será enviada, con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podré acceder digitando el número de mi documento de Identidad.

9. **Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de mi dirección electrónica, la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación con por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica informada a la Compañía. Asimismo, las comunicaciones podrán ser realizadas personalmente y/o a través de una llamada telefónica o cualquier otro medio, siendo válidas, en tanto la Compañía mantenga una constancia del envío de las mismas (cargo, grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación)**; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

Derecho de Arrepentimiento: **El Contratante podrá resolver el contrato sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza o nota de cobertura provisional. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros 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.**

La firma de la presente solicitud manifiesta de manera explícita y voluntaria mi intención de tomar el seguro "Vida Retorno", cuyas condiciones generales declaro conocer, y mi compromiso de cumplir con el pago de las primas correspondientes, solo si la solicitud fuera aceptada por la Compañía.

Firma del Propuesto Asegurado	Firma y/o sello del Contratante (Si es distinto al Propuesto Asegurado)

Fecha de venta |__|__|__|__|__|__|

Oficina |__|__|__| - |__|__|__|

Matrícula del vendedor |___|___|_____|

La póliza será emitida por El Pacífico Vida Compañía de Seguros y Reaseguros (Pacífico Seguros de Vida) quien es responsable frente al Asegurado por la cobertura contratada, así como por todos los errores u omisiones en que incurra el «*Entidad Financiera*» con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado mediante Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Contratante y/o Asegurado o sus beneficiarios al «*Entidad Financiera*» con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Para cualquier información o reclamo comunicarse con el 513-5000 o acercarse a las oficinas de Pacífico Seguros de Vida.

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
COD. 1139 / 12-2015

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL DE 12 AÑOS CON RETORNO DE PRIMAS AL FINAL DEL AÑO 12

VIDA RETORNO

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 hasta el fin del plazo de contratación de 12 años.

2. **¿Cómo se ejerce el Derecho de Arrepentimiento?**

   El Contratante podrá resolver el contrato sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza o nota de cobertura provisional. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros 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 durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.

   Asimismo, si el Contratante mantiene su póliza vigente durante todo el plazo de contratación de 12 años, al final del mismo tendrá derecho a percibir como valor de rescate o retorno de primas, un importe equivalente al porcentaje de las primas pagadas indicado en el acápite 5 de las Condiciones Particulares, menos los impuestos que de ser el caso hubieran gravado la operación.

4. **¿Cuáles son las Exclusiones?**

   Las principales exclusiones son las siguientes:
   a) Guerra; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole. b) Participación en un acto delictivo. c) La muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante. d) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular. e) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas. f) Estado etílico. g) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro. h) Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva. i) 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, no responsables, únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.

   El detalle de las exclusiones se establece en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales. 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?**

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

COD. 1139 /12-2015

Cargo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito autorizada por el Contratante, de acuerdo a lo establecido en el acápite 6 de las Condiciones Particulares.

6. ¿Cuál es el procedimiento para efectuar modificaciones a las condiciones de la póliza?

Durante la vigencia 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 Sétima de las Condiciones Generales. Asimismo, el Contratante podrá resolver el contrato de seguro en cualquier momento, sin expresión de causa y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación de la póliza, comunicando su decisión a la Compañía, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales.

8. ¿Existen obligaciones cuyo incumplimiento podría afectar la cobertura del producto?

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.

En caso de ocurrencia de siniestro, los beneficiarios deberán observar el procedimiento establecido en la Cláusula Vigésima de las Condiciones Generales.

9. ¿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, 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. 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 Vigésima 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.defaseg.com.pe
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 – Piso 9, San Isidro, Lima – Perú.
Telefax: 421-0614

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.

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

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Asegurado, los Beneficiarios y/o los herederos del Asegurado, si la hubiere, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato

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

COD. 1139 / 12-2015

de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.

11. ¿Consultas y/o Reclamos?

Puede presentar sus consultas y/o reclamos:
Verbalmente, acercándose 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 presentar reclamos, consultas o denuncias, según corresponda, ante: el INDECOPI ubicado en Calle de la Prosa N° 104, San Borja o al teléfono 2247800; la 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.

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

COD. 1139 / 12-2015