

SEGURO DE PROTECCIÓN DE TARJETAS – SOLES Y DÓLARES
CONDICIONES PARTICULARES

CÓDIGO de REGISTRO SBS N° RG0444100074
Póliza N° XXXXXX-

CONTRATANTE:

Nombre o Razón Social: RUC:		
Dirección: Distrito:	Provincia: Fax	Departamento : Correo electrónico:
Teléfono		

ASEGURADO:

Clientes del CONTRATANTE, titulares de tarjetas de crédito y/o débito. Los datos de cada Asegurado constan en su respectiva Solicitud de Seguro y Certificado. Edad máximo de ingreso: xxx

BENEFICIARIO:

El beneficiario de las indemnizaciones originadas por esta póliza es el ASEGURADO cuyos datos se consignan en su respectiva Solicitud de Seguro y Certificado. En el caso de la cobertura de MUERTE ACCIDENTAL COMO CONSECUENCIA DEL ROBO Y/O ASALTO Y/O SECUESTRO. El beneficiario será la persona designada por el ASEGURADO y en su ausencia serán sus herederos legales.

COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS Y CONDICIONES

PLAN: Elegir Plan a Contratar		Plan X <input type="checkbox"/>	Plan XX <input type="checkbox"/>
COBERTURAS	CONDICIONES, DEDUCIBLES Y/O FRANQUICIAS	Suma asegurada hasta	
USO INDEBIDO DE LA TARJETA DE CRÉDITO Y/O DÉBITO, EN ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES POR ROBO, ASALTO Y/O SECUESTRO	Límite agregado anual Máximo XX hora(s) después del siniestro Máximo XX evento(s) por año Máximo XX por evento Las coberturas tendrán un límite máximo de XX hora(s)/día(s) previos al bloqueo	XXXXX	XXXXX
USO INDEBIDO DE LA TARJETA DE CRÉDITO Y/O DÉBITO EN CAJEROS AUTOMÁTICOS, POR ROBO, ASALTO Y/O SECUESTRO	Límite agregado anual Máximo XX hora(s) después del siniestro Máximo XX evento(s) por año Máximo XX por evento Las coberturas tendrán un límite máximo de XX hora(s)/día(s) previos al bloqueo	XXXXX	XXXXX
GASTOS EXTRAORDINARIOS PARA LA OBTENCIÓN DE DUPLICADO DE DOCUMENTOS PERSONALES COMO CONSECUENCIA DEL ROBO Y/O ASALTO Y/O SECUESTRO	Límite agregado anual Máximo XX por evento	XXXXX	XXXXX
COBERTURAS ADICIONALES			

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Límite agregado anual Máximo XX eventos por año Máximo XX hora(s) después del siniestro Máximo XX por evento	XXXXX	XXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Límite agregado anual Máximo XX eventos por año Máximo XX hora(s) después del siniestro Máximo XX por evento	XXXXX	XXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Límite agregado anual Máximo XX horas después del siniestro Máximo XX eventos por año Deducible: XX Máximo XX por evento	XXXXX	XXXXX

PLAN ELEGIDO, PRIMA COMERCIAL, FORMA Y LUGAR DE PAGO:

Con autorización de cargo en tarjeta o cuenta bancaria. Mensual o anual según Plan elegido:

Plan Elegido (frecuencia): xxxxxxxx

Prima Comercial: xxxxxxxxxxxxxx

Prima Comercial + IGV: xxxxxxxxxxxxxx

Cargos por comercialización del seguro: xxxxxxxx

Plan Elegido (frecuencia):

Prima Comercial (Incluye IGV):

DATOS DE LA TARJETA / CUENTA:

Tipo de tarjeta	XXXX		XXXX		XXXX	
Número de tarjeta						
Fecha de vencimiento						
Número de cuenta	XXXX					

La prima se cobrará en la moneda de la cuenta o tarjeta autorizada. En caso se realice cambio de tarjeta, autorizo a la compañía a continuar efectuando el cobro de prima.

El primer cobro se realizará dentro de los 30 días siguientes a la firma de esta solicitud, salvo que el asegurado acepte que se realice el cobro al momento de la firma de la presente solicitud: Sí acepto ☐ No acepto ☐

MEDIOS DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES:

El domicilio pactado para efectos de las comunicaciones vinculadas a la ejecución del presente contrato será el correo electrónico o dirección física, establecidos en la solicitud de seguro. El ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usará PACIFICO SEGUROS para comunicar cualquier aspecto y/o modificaciones relacionadas con el seguro será el electrónico o en su defecto por escrito al domicilio fijado.

PERIODO DE CARENIA: xxxx (días/horas) contados a partir de la fecha de la solicitud de seguro.

EDAD DE PERMANENCIA: Hasta los xxxx años.

OTROS SEGUROS: La aceptación de este seguro xxxxx (reemplazará / no reemplazará) cualquier seguro de protección de tarjeta de xxxx (crédito y/o débito), tomado con anterioridad por el ASEGURADO con la COMPAÑÍA, a través del CONTRATANTE. La prima se cargará en la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta de cargo.

VIGENCIA DEL SEGURO: Mensual o anual de acuerdo al Plan elegido por el ASEGURADO, con renovación automática.

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, al momento de solicitar el seguro.

FECHA DE TÉRMINO DE LA COBERTURA: Indefinido por renovación automática, de acuerdo a las condiciones de la póliza.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

Si hubiere pagado la prima o parte de ella, se le devolverá en el plazo máximo de 30 días de recibir la comunicación antes indicada.

Se podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro; o, hubiera culminado la vigencia del seguro.

RESOLUCION DEL CONTRATO SIN EXPRESION DE CAUSA: Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO de manera unilateral y sin expresión de causa podrá solicitar la resolución a la COMPAÑÍA. El contrato se considerará resuelto automáticamente a partir del día en que la COMPAÑÍA reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión, por cualquiera de las formas convenidas. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tendrá derecho a que se le devuelva la prima cobrada por el periodo no cubierto, sin que se le aplique penalidades ni cobros adicionales.

MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho a aceptar o no las modificaciones a la Póliza que le proponga la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato. En el caso que no acepte el contrato no se resuelve.

MEDIOS HABILITADOS POR LA COMPAÑÍA PARA PRESENTAR RECLAMOS:

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

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de quince (15) días hábiles para resolver el reclamo presentado. En caso de persistencia del reclamo o requerimiento, el ASEGURADO podrá ejercer los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.

IMPORTANTE

- Las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO al COMERCIALIZADOR, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a Pacífico Seguros Generales, en adelante "La COMPAÑÍA". Asimismo, los pagos efectuados por el ASEGURADO al CONTRATANTE, se consideran abonados a la COMPAÑÍA.
- LA COMPAÑÍA es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas por el CONTRATANTE en la póliza N° XXXXX.
- En ese sentido, LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el CONTRATANTE, sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la póliza de seguro a LA COMPAÑÍA y/o CONTRATANTE, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- La información contenida en este certificado es a título parcial, todos los términos y condiciones de este seguro se encuentran definidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condicionado General Común para todo tipo de daños de la Póliza xxxx.

MONEDA: xxxxxxxx (US\$ (Dólares Americanos) / xxxxxxxx S/. (Nuevos Soles)

RELACIÓN DE CLÁUSULAS ADICIONALES: xxxxxx. Según las coberturas contratadas.

La prima comercial señalada incluye lo siguiente:

Cargos por la contratación de comercializadores: XXXX (si fuera el caso)

Existencia de dos pólizas

Si existen dos pólizas sobre el mismo riesgo es aplicable el artículo 90° de la Ley 29946

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros. RUC 20332970411. Dirección Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima. Teléfono: 01 518-4000 Fax: 01 518-4245, 01 518 4299. Web: www.pacifico.com.pe

Para información adicional de las condiciones puedes comunicarte al 513-5000.

Lima, DD de MMMMM de AAAA

PACIFICO SEGUROS