

**CERTIFICADO DE SEGURO N° XXXX**  
**SEGURO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMATICAMENTE**  
**“PARATI FAMILIA – DESCUENTO POR PLANILLA”**  
 Póliza N° XXXX (Registro SBS N° VI2007210080)

Fecha de Emisión: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_  
 Fecha de Inicio Vigencia: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante la Compañía, con RUC N° 20332970411, con dirección física en Av. Juan de Arona 830, Piso 5, San Isidro, Lima, teléfono 518-4500, fax 518-4569 y dirección electrónica en XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX@pacificovida.com.pe, certifica que la persona consignada en el presente documento se encuentra asegurada bajo las Condiciones Generales de la póliza que se indica.

**1. DATOS DEL CONTRATANTE:**

Contratante del Seguro	N° RUC	Dirección	Teléfono
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

**2. DATOS DEL ASEGURADOS:**

<b>Nombres y Apellidos del Asegurado Titular:</b>		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
<b>Nro. DNI / CE:</b>	XXXXXXXXXXXX	<b>Teléfono:</b>	XXXXXXXXXXXX
<b>Domicilio Contractual</b>	<b>Dirección Física:</b>		
	<b>Dirección Electrónica:</b>	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
<b>Relación del Asegurado con el Contratante:</b>		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	

	Nombre de los Asegurados Adicionales	DNI / CE	Relación con el Asegurado Titular
01	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
02	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
03	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
04	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
05	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
06	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

El cónyuge o concubino al que se refiere el Artículo 326° del Código Civil del Asegurado Titular, **deberá ser menor de 60 años de edad al momento de su incorporación al presente seguro, pudiendo permanecer asegurado hasta cumplir los sesenta y cinco (65) años de edad.** Los hijos deben tener más de tres (3) meses de edad, pudiendo permanecer como asegurados hasta los dieciocho (18) años de edad o hasta los veinticuatro (24) si continúan estudiando.  
 Para este seguro, el domicilio de los Asegurados Adicionales es el mismo que el indicado para el Asegurado Titular.

**3. COBERTURAS ADQUIRIDAS Y SUMAS ASEGURADAS:**

PAQUETE DE COBERTURAS BÁSICAS	Plan elegido: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
	Coberturas Básicas	Sumas Aseguradas (En «Moneda»)		
		Titular	Cónyuge	Hijos
Muerte Natural	XXXX.XX	N/A	N/A	
Muerte Accidental	XXXX.XX	XXXX.XX	N/A	
Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre	XXXX.XX	XXXX.XX	N/A	
Invalidez Accidental Total y Permanente	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	
Desamparo Familiar Súbito	XXXX.XX	N/A	N/A	
Renta Familiar Mensual por Muerte Accidental <sup>(1)</sup>	XXXX.XX	XXXX.XX	N/A	
Adelanto por Enfermedad Terminal <sup>(2)</sup>	XXXX.XX	N/A	N/A	
Gastos de Sepelio	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	
Incapacidad para el Trabajo	XXXX.XX	N/A	N/A	

(1) La cobertura de Renta Familiar Mensual por Muerte Accidental se paga durante doce (12) meses.

(2) La cobertura de Adelanto por Enfermedad Terminal contempla un **periodo de carencia** de tres (3) meses desde la incorporación del Asegurado.

Las coberturas de Muerte Accidental y Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre son mutuamente excluyentes, por lo que el pago de alguna de ellas libera a la Compañía del pago de la otra. El beneficio de la cobertura de Adelanto por Enfermedad Terminal constituye pago a cuenta de los beneficios de las coberturas de Muerte Natural, Muerte Accidental o Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre. El beneficio de la cobertura de Invalidez Accidental Total y Permanente constituye pago a cuenta de los beneficios de las coberturas de Muerte Accidental o Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre si la invalidez cubierta y el fallecimiento del Asegurado son causados por el mismo accidente.

PAQUETE OPCIONAL DE COBERTURAS ADICIONALES		Plan elegido: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Coberturas Adicionales		Sumas Aseguradas (En «Moneda»)		
		Titular	Cónyuge	Hijos
Muerte Accidental Complementaria		XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX
Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente <sup>(1)</sup>	Básica <sup>(2)</sup>	XXXX.XX	XXXX.XX	N/A
	UCI <sup>(3)</sup>	XXXX.XX	XXXX.XX	N/A

(1) Cada periodo de hospitalización se contabiliza después de transcurrido el **periodo de franquicia** de «XX» días. El número máximo de días de hospitalización a indemnizar durante cada año de cobertura es de 30 días consecutivos o de 120 días no consecutivos. Los días de hospitalización no utilizados durante un año, no son acumulables para los siguientes años.

(2) Hospitalización Básica: Hospitalización en una Unidad distinta a la de Cuidados Intensivos.

(3) Hospitalización UCI: Hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos. El pago por la Hospitalización UCI, excluye el pago por la Hospitalización Básica.

Los beneficios de las coberturas del Paquete Opcional de Coberturas Adicionales se pagan independientemente de las coberturas del Paquete de Coberturas Básicas.

#### 4. PRIMA COMERCIAL:

CUOTA MENSUAL	Monto:	XXX.XX	Lugar y forma de pago:	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
	Moneda:	XXXXXXXXXXXXXX	Periodicidad:	Mensual

Las primas no incluyen el IGV. Actualmente las pólizas de vida están inafectas del IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú.

El pago de las cuotas mensuales de la prima vence el último día hábil de cada mes de cobertura. 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. **Es responsabilidad del Asegurado Titular verificar que su empleador efectúe el pago mensual de la prima descontada a favor de la Compañía.**

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, carencias o conceptos similares; salvo por los indicados en los acápite 3 y 7 del presente Certificado.

**En caso de cese laboral del Asegurado Titular, éste deberá proporcionar a la Compañía una cuenta bancaria o tarjeta de crédito dentro de los 30 días calendario siguientes al cese, a fin de que se efectúe el pago de la prima de manera directa. Si el Asegurado Titular no proporciona a la Compañía una cuenta bancaria o tarjeta de crédito dentro del plazo antes indicado, no podrá realizarse el pago de las primas y, por tanto, serán de aplicación las consecuencias del incumplimiento de pago de primas indicadas en el segundo párrafo del presente acápite.**

#### 5. BENEFICIARIOS:

Beneficiarios en caso de fallecimiento del Asegurado Titular			
Nombre de los Beneficiarios	DNI	Relación con el Asegurado Titular	Porcentaje
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX.XX%
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX.XX%
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX.XX%
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX.XX%
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX.XX%

Los beneficios de Invalidez Accidental Total y Permanente, Adelanto por Enfermedad Terminal, Incapacidad para el Trabajo e Indemnización por Hospitalización a causa de Accidente (en caso de haberse adquirido un paquete opcional de coberturas adicionales) se otorgarán al Asegurado Titular. Los beneficios de las coberturas del Cónyuge y/o Hijos Asegurados, en caso de haberse adquirido un plan familiar, se otorgarán al Asegurado Titular.

#### 6. INICIO Y FIN DE VIGENCIA:

- a) **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde las cero horas del primer día del mes siguiente a la aceptación de la Solicitud de Incorporación presentada por el Asegurado Titular, indicada como "Fecha de Inicio de Vigencia" en la parte inicial del presente Certificado. **El inicio de la vigencia de las coberturas estará condicionado a la incorporación de un mínimo de veinte (20) trabajadores que cumplan con los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía.**
- b) **Fin de Vigencia:** Las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: **(i)** se encuentre vigente la póliza del presente seguro; **(ii)** la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago; **(iii)** el Asegurado siga perteneciendo a la planilla del Contratante o del empleador del grupo Contratante; **(iv)** el Asegurado Titular no supere la Edad Máxima de Permanencia de 65 años de edad; y, **(v)** no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

## 7. 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.**

**DESAMPARO FAMILIAR SÚBITO:** Si en un mismo accidente fallecen el Asegurado y su cónyuge o concubino a que se refiere el Artículo 326° del Código Civil durante la vigencia del presente Certificado y en tanto les sobrevivan uno o más hijos de ambos menores de dieciocho (18) años de edad a la fecha del fallecimiento.

**ENFERMEDAD TERMINAL:** Se considera "Enfermedad Terminal" a aquella Enfermedad en la que, después de haberse aplicado diversas modalidades de tratamiento específico al enfermo que la padece, el médico o médicos tratantes determinan que no hay ni habrá respuesta a dicho tratamiento y que la situación clínica del enfermo progresará inexorablemente hacia el fin de la vida en un periodo de tiempo próximo (expectativa de vida). **Para efectos de la presente póliza, se considerará cubierta la Enfermedad Terminal cuando la expectativa de vida del Asegurado, determinada a través de un Certificado Médico emitido por un médico especialista colegiado y confirmada por la Compañía, no supere los seis (6) meses contados a partir de la emisión del referido Certificado Médico. Asimismo, el diagnóstico de la Enfermedad Terminal deberá ser emitido por primera vez luego de transcurridos tres (3) meses contados a partir del inicio de vigencia de la cobertura (periodo de carencia).**

**GASTOS DE SEPELIO:** Beneficio que es pagado por la Compañía en caso proceda el pago de alguna cobertura por el fallecimiento del Asegurado.

**INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO:** Situación de incapacidad para el trabajo del Asegurado que hubiere superado el límite máximo de subsidio de Essalud (11 meses y 10 días) en un periodo ininterrumpido y siempre que la enfermedad o accidente que motive el periodo de subsidio se hubiera diagnosticado o producido con posterioridad a la presentación de la solicitud de incorporación.

**INVALIDEZ ACCIDENTAL TOTAL Y PERMANENTE:** Se entiende **únicamente** por tal, si a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del presente Certificado, el Asegurado sufriera la pérdida total (amputación o inhabilitación funcional total y definitiva) de los siguientes órganos: (i) ambos ojos; (ii) ambas manos; (iii) ambos pies; (iv) una mano y un pie; el descerebramiento del Asegurado (estado vegetativo persistente); o, la paraplejía o cuadriplejía por fractura de la columna vertebral. Es condición necesaria que la invalidez se manifieste a más tardar dentro de los 2 años siguientes de producido un accidente durante la vigencia del seguro.

**MUERTE ACCIDENTAL o MUERTE ACCIDENTAL COMPLEMENTARIA:** Fallecimiento del Asegurado, a consecuencia inmediata y directa de un accidente definido en los términos precedentes, ocurrido durante la vigencia del presente Certificado, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza. **Se entenderá por fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.**

**MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO TERRESTRE:** Muerte Accidental del Asegurado producida mientras el Asegurado estuviera viajando, subiendo o descendiendo de cualquier medio de transporte público terrestre, bajo la condición de pasajero. **Es condición necesaria que el mencionado medio de transporte tenga la licencia respectiva para el transporte público de pasajeros así como haberse realizado el pago respectivo del pasaje.**

**MUERTE NATURAL:** Fallecimiento del Asegurado por causas no accidentales, producido durante la vigencia del presente Certificado, sea en territorio nacional o internacional y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones del seguro.

**RENTA FAMILIAR MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL:** Renta Mensual que se paga a los Beneficiarios durante doce (12) meses en caso proceda alguna cobertura por el fallecimiento Accidental del Asegurado.

**HOSPITAL:** Institución legalmente autorizada como tal para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales. **No se consideran hospitales los consultorios, policlínicos, postas de salud, hoteles, balnearios, residencias, asilos, casas de reposo, casas para convalecencia, manicomios o instituciones para tratamiento psiquiátrico e instituciones dedicadas especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas o al internamiento y/o tratamiento**

de drogadictos, alcohólicos, problemas de peso o tratamientos quiroprácticos o cosméticos (salvo reconstrucción por accidente).

**HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE:** Internamiento del Asegurado de carácter necesario en un hospital por disposición de un médico durante un tiempo mayor al periodo de franquicia y en tanto el internamiento se suscite dentro de las 72 horas de producido dicho accidente.

**MÉDICO:** Persona graduada en estudios de medicina humana de una universidad reconocida por la autoridad educativa del país y que posea título profesional a nombre de la Nación, para el caso de médicos peruanos y título equivalente para el caso de médicos extranjeros. **El médico no podrá ser el mismo Asegurado ni un miembro de la familia directa del Asegurado o Contratante. Tampoco podrá ser trabajador dependiente o locador del Contratante o Asegurado.**

**PERIODO DE FRANQUICIA:** Número de días consecutivos durante los cuales no se devenga el Beneficio de la cobertura de "Indemnización diaria por Hospitalización a causa de Accidente". El periodo de franquicia será tomado en cuenta por cada hospitalización que pudiera tener el Asegurado, de modo tal que en todos los casos en que proceda la cobertura, ésta se pagará recién a partir del siguiente día luego de transcurrido el periodo de franquicia.

## 8. EXCLUSIONES:

El presente seguro no cubre el fallecimiento, invalidez, enfermedad o incapacidad para el trabajo del Asegurado cuando éstos se produjeran como consecuencia de:

a) Enfermedad preexistente a la incorporación del Asegurado. b) Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra, o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento; salvo para la cobertura de Muerte Natural cuando la incorporación a la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años. c) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en un 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 establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario regular. d) Participación del Asegurado como sujeto activo en un acto delictuoso o por aplicación legítima de la pena de muerte. e) Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía a él o los beneficiarios responsables. De existir otros beneficiarios designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Asegurado. 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, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. h) La participación o práctica de 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 automóviles, lanchas, motocicletas o carreras de caballo. i) SIDA/VIH. j) El uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes. k) Estado etílico 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 en el acontecimiento que produjo su deceso o invalidez. l) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

Además de las exclusiones antes indicadas, el presente seguro no cubre la Muerte Accidental Complementaria, ni la Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente del Asegurado, cuando estos se produjeran como consecuencia de:

a) La práctica o el desempeño de oficios o profesiones relacionadas con: acrobacia, obrero de construcción, bombero, taxista, mototaxista, chofer de transporte urbano, transportista de líquidos inflamables, lubricantes o sustancias corrosivas, electricista de alta tensión, operador de grúas, personal de seguridad, minero, trabajo en plataformas petrolíferas, trabajo en altura y pirotécnicos. b) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos y anestésicos. c) El denominado "Accidente Cerebro Vascular" y los denominados "Accidentes Médicos", los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos. d) Contaminación radioactiva o fisión y fusión nuclear. e) Consecuencias no accidentales de embarazos o partos. f) Consecuencia de enfermedades de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa. g) Suicidio o tentativa de suicidio.

Adicionalmente, se excluye de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente, la hospitalización que se lleve a cabo a consecuencia de o con fines de:

a) Cirugía plástica por cualquier condición, salvo operaciones reconstructivas como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura. b) Exámenes médicos de rutina o de diagnóstico. c) Condición preexistente, entendiéndose por tal, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado o cualquier lesión interna o externa, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de incorporación. d) Cualquier tipo de enfermedad mental. e)

Acupuntura u homeopatía, así como tratamientos de medicina alternativa o experimental no aprobados por la FDA (Food and Drug Administration). f) Tratamiento de lumbalgias. g) Tentativa de suicidio.

#### 9. **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 Contratante 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 y la Compañía emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones. Para estos efectos, la Compañía proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en la póliza de conformidad al párrafo precedente. En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la cobertura se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia anual correspondiente de la presente póliza. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática de la póliza por lo que el contrato quedará resuelto.

**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. En caso la Compañía y el Contratante acuerden modificar las condiciones de la póliza, la Compañía proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que hayan sido incorporadas a la póliza. En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo anual correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática de la póliza.**

#### 10. **REQUISITOS PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA:**

Los beneficiarios deberán informar por escrito en el domicilio de la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de cobertura, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en la cual tengan conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. Posteriormente, los beneficiarios deberán presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la siguiente documentación:

<b>En caso de Muerte Natural:</b>	<b>En caso de Muerte Accidental:</b>
1. Partida o acta de defunción.	1. Partida o acta de defunción.
2. Certificado médico de defunción completo.	2. Certificado médico de defunción completo.
3. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).	3. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).
4. Historia Clínica completa, foliada y fedateada.	4. Historia Clínica completa, foliada y fedateada.
	5. Atestado, Informe Policial o Carpeta Fiscal completa.
	6. Protocolo de Necropsia completo, según corresponda.
	7. Resultado del examen de dosaje etílico, según corresponda.
	8. Resultado del examen toxicológico, según corresponda.

Si los beneficiarios son los herederos legales del Asegurado, se deberá presentar copia literal de la inscripción definitiva en Registros Públicos de la Sucesión Intestada o del Testamento, según corresponda.

Para la cobertura por Desamparo Familiar Súbito, se proporcionará a la Compañía la información que permita verificar que el cónyuge o concubino y el Asegurado fallecieron como consecuencia inmediata y directa del mismo accidente. Para las coberturas de Invalidez Accidental Total y Permanente y Adelanto por Enfermedad Terminal, se deberá presentar el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los 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), además de la copia del DNI del Asegurado y el certificado de seguro. Para la cobertura de Incapacidad para el Trabajo, se deberá presentar la copia de las constancias de subsidios de Essalud.

Para la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente, en caso se haya contratado, se deberá presentar el original o copia certificada notarialmente de los documentos que acrediten la hospitalización del Asegurado, el hospital en el que estuvo internado, el médico o médicos que lo atendieron, el motivo de internamiento y el tiempo de la hospitalización, así como el informe o atestado policial o la carpeta fiscal del accidente, si fuera el caso.

Además, para las coberturas del cónyuge o concubino y de los hijos deberá presentarse el original o copia certificada notarialmente de la partida de matrimonio, del pronunciamiento judicial de concubinato o de la inscripción de la unión de hecho en los Registros Públicos y de las partidas de nacimiento de los hijos, según corresponda.

Dentro de los 30 días siguientes a la recepción de toda la documentación exigida, 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 para precisar o aclarar el contenido de la

información y/o documentación presentada por el Beneficiario, 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 Poder Judicial. Asimismo, podrán solicitar orientación en Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

#### **11. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:**

**La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado o sus beneficiarios perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si, en cualquier tiempo el Contratante, el Asegurado, sus beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, exageran los daños o emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente póliza.**

#### **12. SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN:**

El Asegurado, en cualquier momento y sin expresión de causa, podrá solicitar su desafiliación al seguro, quedando sin efecto las coberturas otorgadas a partir de las 23:59 horas del día en el cual la solicitud de desafiliación es notificada a la Compañía (fecha efectiva de la desafiliación). **Por motivos de seguridad, la solicitud de desafiliación deberá realizarse: (i) Personalmente, acercándose con su DNI al domicilio u oficinas de la Compañía; (ii) A través de una carta firmada por el Asegurado, adjuntando copia de su DNI; o, (iii) Por medio de una persona de su entera confianza que cuente con una Carta Poder, en la que conste la firma legalizada notarialmente del Asegurado (adjuntando copia de DNI del Asegurado) y mediante la cual se faculte a dicha persona a solicitar la desafiliación al seguro.**

**Se deja expresa constancia que cualquier prima que, por error o debido al corto periodo que medie entre la solicitud y la fecha efectiva de la desafiliación, fuese cobrada de manera posterior a la fecha de la desafiliación del Asegurado, únicamente generará la obligación de devolución de la prima cobrada en exceso más el interés legal. En tal sentido, la Compañía no asumirá responsabilidad alguna por los siniestros ocurridos con posterioridad a dicha fecha.**

#### **13. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA (O CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO)**

El seguro se resolverá por solicitud escrita del Contratante sin expresión de causa y 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 afiliados a la misma.

Adicionalmente, este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado por: **(i) Ejercicio del Derecho de Arrepentimiento; (ii) Rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión del Certificado de Seguro efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable; (iii) Falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver el Certificado de Seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con treinta (30) días calendario de anticipación; (iv) Solicitud de desafiliación del Asegurado Titular; (v) La presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (vi) Por revocación del consentimiento del Asegurado efectuada por escrito de conformidad con lo dispuesto en el artículo 121° de la Ley del Contrato de Seguro. La revocación surtirá efectos desde su notificación a la Compañía.**

Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado cuando: **(i) 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) El Asegurado supere los «XX» años de edad; (iii) Transcurran 90 días calendario desde la fecha establecida para realizar el pago de la prima, si la Compañía no reclama judicialmente 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 dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se solicita la resolución o se toma conocimiento de la extinción del seguro.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que la incorporación al seguro será Nula y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes casos: **(i) si, al momento de la incorporación al seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable; (ii) En caso de declaración inexacta de la edad el Asegurado si se comprobase que superaba la "Edad Máxima de Ingreso" a la fecha de incorporación al seguro; (iii) En ausencia de interés asegurable al tiempo de incorporación al seguro; y, (iv) Si al tiempo de la incorporación al seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.**

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales (ji), (iii) o (iv) antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, sin intereses dentro de un

plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente. 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..

**14. RELACIÓN DE CLÁUSULAS ADICIONALES APLICABLES:**

- a) Cláusula Adicional: Coberturas del Cónyuge e Hijos (opcional, dependiendo del plan elegido).
- b) Cláusula Adicional: Beneficios de Muerte Accidental Complementaria e Indemnización por Hospitalización a causa de Accidente del Asegurado Principal (opcional, dependiendo del plan elegido).
- c) Cláusula Adicional: Beneficios de Muerte Accidental Complementaria del Cónyuge e Hijos e Indemnización por Hospitalización a causa de Accidente del Cónyuge (opcional, dependiendo del plan elegido).

**15. ÁREAS ENCARGADAS DE ATENDER LOS RECLAMOS Y CONSULTAS**

Para la atención de sus consultas o reclamos 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, Lima. Además, podrá acudir al INDECOP ubicado en Calle de la Prosa N° 104, San Borja o al teléfono 2247800; Plataforma de Atención al Usuario de la SBS, ubicada en Jirón Junín 270, Lima o al teléfono 0800-10840; o, recurrir al Poder Judicial. Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido.

**16. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:**

Toda discrepancia entre la Compañía, el Contratante/Beneficiario, el Asegurado y/o los herederos de éste último, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la validez, interpretación de los términos del presente contrato de seguro, 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.

**17. 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 recibido el Certificado de Seguro. Si el Asegurado resuelve el seguro conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. 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](http://www.sbs.gob.pe)) o a través de la página de internet oficial de la Compañía ([www.pacificoseguros.com](http://www.pacificoseguros.com)).

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
**Funcionario**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
**Funcionario**