

SOLICITUD DE SEGURO N° «XXXX»
SEGURO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMATICAMENTE
“SEGURO DE VIDA EN GRUPO MONTO FIJO”
(Código Registro SBS N° VI2007210029 / VI2007220037)

Por favor, complete y firme la siguiente solicitud en letras mayúsculas, sin correcciones o enmendaduras. **Toda la información es relevante, no dejar preguntas sin contestar.**

1. DATOS DEL ASEGURADO:

Podrán ingresar al presente seguro los trabajadores del Contratante que tengan entre «XX» y «XX» años de edad a la fecha de presentación de esta solicitud o a la fecha de su incorporación al seguro (declaración de planilla), pudiendo permanecer como Asegurados sólo hasta los «XX» años de edad. **En caso de declaración inexacta de la edad, si se comprobare que el Asegurado era mayor de «XX» años de edad al momento de presentar su solicitud de seguro, su cobertura quedará sin efecto, debiendo la Compañía devolver al Contratante el valor de las primas pagadas respecto de dicho asegurado, sin intereses.**

Los datos personales de los trabajadores a incluir en el seguro son los consignados en el Anexo 1, el cual será entregado a la Compañía por el Contratante al momento de la presentación de esta solicitud.

El Contratante se compromete a entregar directamente a la Compañía el Formato de Consentimiento (Anexo 2) debidamente suscrito por cada trabajador a incluir en el seguro, en caso contrario, el Asegurado no contará con cobertura.

En caso el Contratante solicite incorporar nuevos trabajadores durante la vigencia de la póliza que origine la presente solicitud, deberá enviar la información de éstos conforme al Anexo 1 y adjuntar los Formatos de Consentimiento conforme al Anexo 2.

2. DATOS DEL CONTRATANTE:

Denominación o Razón Social:			
RUC:		Teléfono:	
Domicilio Contractual:	Dirección Electrónica:		
	Dirección Física		

3. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO:

Se considerarán como Beneficiarios a las personas designadas por el Asegurado en la declaración de beneficiarios establecida para este seguro, a falta de designación, a los herederos legales del Asegurado que figuren en la Sucesión Intestada o en el Testamento en caso se hubiere otorgado, en partes iguales. Se considera como beneficiario de la cobertura adicional de “Invalidez Total y Permanente” al mismo Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será entregado a su cónyuge o curador.

4. PRIMAS:

Monto de la Cuota de la Prima:	«XX.XX»% de la Suma Asegurada Hasta los «XX» años de edad más el XX.XX% de IG.V. «XX.XX»% de la Suma Asegurada de los «XX» a «XX» años de edad más el XX.XX% de IG.V.
Frecuencia de pago	«XXXXXXXXXXXXXXXX»
Forma de Pago:	La prima es pagada por el Contratante vía transferencia o depósito en la Cuenta Corriente N° «XXXXXXXXXXXX» del Banco «XXXXXXXXXXXX».

El pago de la cuota de la prima vence el último día hábil del primer mes del periodo de pago (frecuencia) elegida por el Contratante. 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 Contratante, en su calidad de empleador, comunicará al Asegurado la suspensión, resolución o extinción de la cobertura por falta de pago de primas.

5. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

Coberturas		Suma Asegurada (en «Moneda»)
Cobertura Principal	Vida Principal	«Moneda»«XX,XXX.XX»

Coberturas Adicionales	Muerte Accidental (<i>En caso de haberse contratado</i>)	«Moneda»«XX,XXX.XX»
	Invalidez Total y Permanente por Accidente (<i>En caso de haberse contratado</i>)	«Moneda»«XX,XXX.XX»

6. EXCLUSIONES:

La Compañía estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el fallecimiento de los asegurados ocurra como consecuencia de las siguientes circunstancias:

(a) Enfermedad o dolencia preexistente a la afiliación del Asegurado. (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) 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. (d) 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 Asegurado. (e) Participación del Asegurado como sujeto activo en acto delictuoso o tipificado como delito o empresa criminal, 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, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. (h) La práctica o participación de los siguientes deportes peligrosos: 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. (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 detalladas, para la cobertura de Beneficio de Muerte Accidental aplican las siguientes exclusiones:

(a) La práctica o el desempeño de oficios o profesiones relacionadas con: acrobacia, obrero de construcción, bombero, taxista, mototaxista, chofer de transporte público, 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.

Adicionalmente se excluye la Invalidez Total y Permanente del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

(a) Enfermedad o dolencia preexistente y enfermedad congénita. (b) Daños autoinfligidos. (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.

7. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL CONTRATANTE:

- Declaro que las respuestas dadas a la presente solicitud, incluidos sus anexos y la información respecto de los nuevos trabajadores cuya incorporación solicite dentro de la vigencia de la póliza, están hechas bajo declaración jurada, son verídicas y completas, y es de mi conocimiento que declaración inexacta o reticente, determina la nulidad del contrato de seguro, si media dolo o culpa inexcusable 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 seguro; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el seguro.
- Declaro tener conocimiento sobre las condiciones del seguro y que el modelo de la póliza está disponible en la página web de la Compañía (www.pacificoseguros.com) y en el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007210029 (Nuevos Soles) o VI2007220037 (Dólares Americanos), el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe). En particular declaro conocer que el seguro se

renovará anual y automáticamente, en las mismas condiciones, salvo que la Compañía informe las modificaciones con por lo menos 45 días de anticipación. Como Contratante dispondré de 30 días para manifestar mi rechazo, en caso contrario se entenderán aceptadas las nuevas condiciones. No procederá la renovación automática de la cobertura en caso rechace las modificaciones propuestas dentro del plazo antes indicado o manifieste mi intención de no renovarlo.

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. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades..

Declaro conocer que la Compañía no procesará solicitudes con datos, documentos o evaluaciones incompletas. La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la solicitud de seguro con el sustento requerido completo, si no media rechazo previo..



FIRMA DEL CONTRATANTE

Nombre del Funcionario: _____

Cargo del Funcionario: _____

D.N.I. del Funcionario: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS:
PACIFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS
RUC 20332970411 / Teléfono 513-5000
Av. Juan de Arona N° 830 Piso 5, San Isidro

ANEXO 1

PLANILLA DE TRABAJADORES A INCLUIR EN EL “SEGURO DE VIDA EN GRUPO MONTO FIJO”

NRO.	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	EDAD
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					

(*) Para la incorporación de nuevos trabajadores al presente seguro deberá enviarse la información de éstos conforme al cuadro precedente junto con el Anexo 2 debidamente suscrito por el nuevo trabajador.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA LA CONTRATACIÓN DEL “SEGURO DE VIDA EN GRUPO MONTO FIJO”

Por el presente documento, Yo,, identificado con D.N.I. N°, doy mi consentimiento expreso para que mi **EMPLEADOR** contrate con **PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS** (en adelante la “Compañía – R.U.C. 20332970411 / Teléfono 513-5000 / Av. Juan de Arona N° 830 Piso 5, San Isidro, Lima) el “**SEGURO DE VIDA EN GRUPO MONTO FIJO**” según las condiciones que negocien.

Tengo pleno conocimiento que podré revocar mi consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberé cursar una comunicación escrita a la dirección de la Compañía, adjuntando copia de mi documento de identidad. Una vez notificada la revocación del consentimiento, el seguro quedará resuelto de pleno derecho, respecto de mis coberturas.

Asimismo declaro conocer que:

- i) Únicamente podré ingresar al seguro si tengo entre «XX» y «XX» años de edad a la fecha de presentación de la solicitud de seguro o a la fecha de mi incorporación al seguro (declaración de planilla), pudiendo permanecer como Asegurado sólo hasta los «XX» años de edad.
- ii) Los beneficiarios de la cobertura de fallecimiento del “Seguro de Vida en Grupo Monto Fijo”, serán mis herederos legales en partes iguales, salvo que solicite por escrito a la Compañía la designación de personas y porcentajes distintos. Solo podré designar como beneficiarios a mi cónyuge o conviviente, padres, hijos, sobrinos, tíos, hermanos, abuelos, o nietos del asegurado, siempre que exista interés asegurable.
- iii) El modelo de la póliza emitido por la Compañía está disponible en la página web de la Compañía (www.pacificoseguros.com) en el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007210029 (Nuevos Soles) o VI2007220037 (Dólares Americanos), el cual es de acceso público a través del “Portal del Usuario” de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe). En particular declaro conocer que el seguro se renovará anual y automáticamente, en las mismas condiciones, salvo que la Compañía informe al Contratante las modificaciones con por lo menos 45 días de anticipación.
- iv) Por la presente, me comprometo a realizar las pruebas o exámenes médicos requeridos y/o adicionales que solicite la Compañía, incluyendo las del VIH/SIDA de ser el caso y 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.
- v) Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales)
 1. Por la presente cláusula PACIFICO SEGUROS 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 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 informa a EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / 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 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 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 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 a incorporar su Información al banco de datos personales de usuarios de responsabilidad de PACIFICO SEGUROS 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 www.pacificoseguros.com (las “Terceras Empresas”) conforme a los procedimientos que PACIFICO SEGUROS determine en el marco de sus operaciones habituales, para efectos de los fines señalados en los párrafos anteriores.
 2. Asimismo, EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza a PACIFICO SEGUROS 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 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 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.

3. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO reconoce haber sido informado que su Información podrá ser conservada, tratada y transferida por PACIFICO SEGUROS a las Terceras Empresas hasta diez años después de que finalice su relación contractual con PACIFICO SEGUROS. 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 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 www.pacificoseguros.com; o, por teléfono.
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.

Autorizo a que, en caso se acepte mi incorporación al presente seguro, el Certificado de Seguro sea notificado a la Dirección que mi EMPLEADOR informe a la Compañía para estos efectos.

La Compañía hará llegar al Trabajador el correspondiente Certificado de Seguro, dentro de un plazo de 15 días de presentada la solicitud por parte de su EMPLEADOR, si no media rechazo previo. El Trabajador podrá solicitar una copia de la póliza de seguro a la Compañía, la que le será proporcionada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio.

Firma del Trabajador:

--

Fecha: ____/____/____

Declaración Jurada de Beneficiarios en caso de Fallecimiento Seguro de Vida Grupo

1. Cada trabajador debe firmar una declaración jurada de beneficiarios en original.
2. Este documento debe ser custodiado por su departamento de Personal.

Nombres y Apellidos del Trabajador Asegurado:

Documento de Identidad:

Tipo: _____ Nro. _____

Razón Social del Empleador (Contratante):

Número de Póliza:

Marque una de las siguientes opciones:

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:

IMPORTANTE: Solo podrá designar como beneficiario al cónyuge, conviviente o pareja del mismo sexo, padres, hijos, sobrinos, tíos, hermanos, abuelos, o nietos del asegurado, siempre que exista interés asegurable al momento de suscripción del presente documento.

Nombres y Apellidos del Beneficiario	Parentesco	DNI	Domicilio	Porcentaje
			TOTAL	100%

Designadas varias personas sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio se asigna en partes iguales. Si los porcentajes asignados no suman 100%, el beneficio se entregará de manera proporcional al porcentaje total asignado. Si no llenó el recuadro, si marcó ambas opciones, si no se completan los datos de los beneficiarios o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se registrará como beneficiarios a los herederos del Asegurado, instituidos de acuerdo a ley.

Al firmar el presente documento declaro conocer que, si se designan como beneficiarios personas específicas y alguna de ellas fallece con anterioridad al fallecimiento del trabajador asegurado, pierde la calidad de beneficiario.

Firma del Trabajador Asegurado

Fecha: ____/____/____