

CERTIFICADO N° XXXXX
SEGURO DE VIDA EN GRUPO OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RENOVABLE ANUALMENTE
“VIDA LEY”

Póliza N° XXXXX (Código SBS N° XXXXXXXXXXXX)

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante, la “Compañía”), con R.U.C. N° 20332970411, con dirección física en Av. Juan de Arona 830, Piso 5, San Isidro, teléfono 513-5000 y dirección electrónica en servicioalcliente@pacificovida.com.pe; certifica que la persona indicada en el presente documento, se encuentra asegurada bajo la indicada Póliza de Seguro de Vida en Grupo.

I. DATOS DEL CONTRATANTE:

Denominación o Razón Social:			
Giro del Negocio CIIU:		R.U.C. N°	
Dirección:		Teléfono/Fax:	

II. DATOS DEL ASEGURADO^(*):

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		D.N.I. / C.E. N°	
Teléfono Fijo:		Celular:	
Domicilio:			
Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:	
Relación con el Contratante:			

(*) Tienen la calidad de Asegurados Obligatorios aquellos trabajadores que hayan sido incluidos en la declaración de planilla presentada por el Contratante a la Compañía y respecto de los cuáles se haya pagado la prima correspondiente.

III. VIGENCIA:

- a) **Inicio de Vigencia:** La cobertura otorgada a cada Asegurado, en virtud de esta póliza, empezará a las cero horas del primer día del mes en que éste hubiera sido declarado por primera vez como Asegurado por el Contratante.
- b) **Fin de Vigencia:** Las coberturas se mantendrán vigentes en tanto: (i) la póliza en virtud de la cual se emite el presente documento se mantenga vigente; (ii) el Asegurado siga perteneciendo a la planilla del Contratante; (iii) el Contratante continúe incluyendo al Asegurado en su declaración de planillas; (iv) el Contratante continúe efectuando el pago de la prima correspondiente; y, (v) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y/o nulidad del seguro.

IV. PRIMA Y FORMA DE PAGO: Es pagada mensualmente por el Contratante y es determinada por acuerdo entre la Compañía y el Contratante.

V. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Muerte Natural ⁽¹⁾	16 remuneraciones mensuales asegurables⁽⁴⁾ calculadas en base al promedio de lo percibido por el Asegurado en el último trimestre previo al fallecimiento.
Muerte Accidental ⁽²⁾	32 remuneraciones mensuales asegurables⁽⁴⁾ percibidas por el Asegurado en la fecha previa al accidente.
Invalidez Total y Permanente por Accidente ⁽³⁾	32 remuneraciones mensuales asegurables⁽⁴⁾ percibidas por el Asegurado en la fecha previa al accidente.

(1) **Muerte Natural:** Es el fallecimiento o deceso del Asegurado por causas naturales no accidentales. No se considera causa natural el suicidio ni la muerte provocada por lesiones inferidas por el propio Asegurado.

(2) **Muerte Accidental:** Fallecimiento producido por la acción imprevista, involuntaria, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del Asegurado.

(3) **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** Constituyen invalidez total y permanente únicamente los siguientes supuestos: a) Estado absoluto e incurable de alienación mental; b) Descerebramiento que no permita al Asegurado realizar algún trabajo u ocupación por el resto de su vida; c) Fractura incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente; d) Pérdida total de la visión de ambos ojos; e) Pérdida total de ambas manos; f) Pérdida total de ambos pies; g) Pérdida total de una mano y un de pie; h) Otros que se puedan establecer por Decreto Supremo.

Se entiende por pérdida total la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado. Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por Muerte. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

Se deja expresa constancia que la Compañía cubrirá aquella Invalidez Total y Permanente que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del presente contrato, se manifieste dentro de los dos (02) años siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

(4) **Remuneración Mensual Asegurable:** Aquellas remuneraciones declaradas por el Contratante y que figuran en los libros de planillas y boletas de pago, percibidas habitualmente por el trabajador aun cuando sus montos puedan variar en razón de incrementos u otros motivos remunerativos, hasta el tope de una Remuneración Máxima, establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones. Están excluidas las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente. Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo, el monto del beneficio o capital que corresponda abonar (suma asegurada), sea cual fuere la contingencia, se establecerá en base al promedio de las comisiones percibidas en los últimos meses.

VI. **EXCLUSIONES:** De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 688, el seguro “Vida Ley” no contempla exclusiones.

VII. **BENEFICIARIOS:** De acuerdo a lo establecido en el Decreto Legislativo N° 688, en caso de fallecimiento del Asegurado, tienen la condición de Beneficiarios del seguro el cónyuge o conviviente del Asegurado al que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, conjuntamente con los descendientes del Asegurado; a falta de éstos, los ascendientes y hermanos del Asegurado menores de 18 años de edad. En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el Beneficiario será el propio Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será abonado a su cónyuge o concubino, curador o apoderado especial. El Asegurado deberá entregar al Contratante una declaración jurada con firma legalizada indicando a los Beneficiarios del seguro, con estricta observancia del orden establecido en el párrafo anterior. Cualquier designación distinta se tendrá por no puesta. El pago del beneficio, de corresponder, se hará a los beneficiarios designados por la declaración jurada con firma legalizada o en forma expresa por testamento, si éste es posterior, que cuenten con la calidad prevista en la ley. A falta de estos documentos, se solicitará la Sucesión Intestada y la Compañía procederá a pagar el beneficio únicamente a los herederos que tengan la calidad de Beneficiarios prevista en la ley.

VIII. **PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA (AVISO DE SINIESTRO):**

La solicitud de cobertura deberá presentarse por escrito en la dirección física de la Compañía, adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

En caso de muerte natural o accidental	En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente
<p>(1) Partida o acta de defunción; (2) Certificado médico de defunción completo; (3) Últimas tres boletas de pago; (4) Inscripción definitiva en Registros Públicos del Testamento o Sucesión Intestada, según corresponda.</p> <p><u>Adicionalmente en caso de muerte accidental:</u></p> <p>(1) Copia certificada del Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal.</p>	<p>(1) Certificación de Invalidez expedida por el Ministerio de Salud o los Servicios de Seguridad Social; (2) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía); (3) Última boleta de pago.</p>

Se podrá presentar la solicitud de cobertura dentro del plazo de prescripción de la póliza; sin embargo, **el Contratante tendrá derecho al cobro del beneficio, si transcurre un (1) año desde el fallecimiento del Asegurado y ninguno de los Beneficiarios hubiera ejercido su derecho.** Ante el rechazo de la solicitud de cobertura, los beneficiarios

podrán acudir a la Defensoría del Asegurado, al Indecopi o al mecanismo de solución de controversias aplicable. Asimismo, podrán solicitar orientación en Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

- IX. 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 por la Compañía.**

Durante cada periodo de vigencia anual de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

- X. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:**

La póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado podrá resolverse por solicitud escrita del Contratante, en cuyo caso el Contratante comunicará a todos los Asegurados su decisión de resolver la póliza con 15 días de anticipación. Asimismo, se extinguirá al finalizar el periodo de vigencia anual de la póliza o de sus renovaciones en caso cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla; o, por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario desde la fecha establecida en las Condiciones Particulares para realizar el pago de la prima de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro. Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados.

Adicionalmente, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado: (i) Cuando se produzca el fallecimiento o invalidez del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, de conformidad con las condiciones del seguro; y, (ii) Por cese del Trabajador por cualquier causa, en cuyo caso podrá solicitar la continuación del seguro de conformidad con lo dispuesto en el acápite XI del presente Certificado.

Además de las causales de terminación de la cobertura, se deja expresa constancia que el contrato de seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos: (i) Si, al momento de la contratación del seguro, el Contratante incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable; (ii) En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro; y, (iii) Si al tiempo de la contratación del seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley del Contrato de Seguro.

- XI. CONTINUACIÓN DEL SEGURO EN CASO DE CESE:** En caso de cese del Trabajador Asegurado, éste puede optar por mantener su seguro de vida; para lo cual, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes al término de la relación laboral, debe solicitarlo por escrito a la Compañía y efectuar el pago de la prima, la misma que se calcula sobre el monto de la última remuneración percibida, hasta el tope de la remuneración máxima establecida para efectos del Seguro de Invalidez, Sobrevivencia y Gastos de Sepelio en el Sistema Privado de Pensiones.

La Compañía suscribirá un nuevo contrato con el ex-trabajador que solicite la continuidad del seguro, sujeto a la prima que acuerden las partes contratantes, extendiéndole una póliza de vida individual con vigencia anual renovable.

El seguro contratado mantendrá su vigencia siempre y cuando el Asegurado cumpla con pagar la prima dentro del plazo que establece dicha póliza de seguros .

- XII. CONSULTAS Y/O RECLAMOS:** Para la atención de sus consultas y/o reclamos puede comunicarse con la Central de Servicio al Asegurado de Pacífico Seguros al 513-5000 o acercarse a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro. Asimismo, podrá acudir al Indecopi o a Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

- XIII. 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.

XIV. CLÁUSULAS ADICIONALES APLICABLES: *(En caso de haberse contratado)*

(i) Cláusula Adicional de “Cobertura Adicional a la Remuneración Máxima Asegurable”.

«Nombre del Funcionario 1»
Pacífico Seguros

«Nombre del Funcionario 2»
Pacífico Seguros

IMPORTANTE:

- El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza a la Compañía, la que le será proporcionada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud. El modelo de la póliza del seguro “Vida Ley” se encuentra inscrito en el Registro de Pólizas de la SBS, el cual está a disposición del público a través del “Portal del Usuario” de la página de internet oficial de dicha institución (www.sbs.gob.pe).