

SOLICITUD - CERTIFICADO N° XXXXX
SEGURO DE VIDA PROTECCION FINANCIERA II
POLIZA N° XXXXX (Registro SBS N° XXXXXXXXXXXXX)

1. DATOS DEL ASEGURADO

Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ N°

Nombres y Apellidos completos: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Conviviente ☐

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____

Edad Máxima de Ingreso: Al momento de su afiliación el Asegurado no deberá superar los «XX» años de edad.

Relación con el Contratante: Cliente titular de un crédito.

Crédito N° (en adelante el «CRÉDITO»): _____

Domicilio Contractual: El domicilio contractual será, indistintamente, mi dirección física y mi dirección electrónica (correo), las cuales figuran en los sistemas de la Entidad Financiera (Contratante) como datos proporcionados por el Asegurado. 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).

2. BENEFICIARIOS:

PARA LA COBERTURA DE «VIDA»:

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:

Para efectos de este seguro solo podrá designar como beneficiario al cónyuge o conviviente, padres, hijos, sobrinos, tíos, hermanos, abuelos, o nietos del Asegurado, siempre que exista interés asegurable.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI	Parentesco	Porcentaje
				Total	100%

Si no llenó el recuadro, si marcó ambas opciones, si no llenó la información completa o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se registrará como beneficiarios a los herederos del Asegurado, en el orden legal establecido y en partes iguales.

Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, el beneficiario será el propio Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será entregado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

3. VIGENCIA:

- Inicio de Vigencia:** Se inicia a las 00:00 horas del día siguiente de suscrita la presente Solicitud/Certificado, en tanto el Asegurado sea menor de «XX» años de edad, siempre que el Contratante hubiera efectuado el desembolso del CRÉDITO, salvo que medie rechazo de la solicitud por parte de la Compañía la cual será notificada dentro de los 15 días siguientes de presentada esta solicitud.
- Fin de Vigencia:** La cobertura se mantendrá vigente mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente la póliza del presente seguro; (ii) se encuentre vigente el Crédito; (iii) la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago; (iv) el Asegurado no supere la «Edad Límite de Permanencia» por cobertura; y, (v) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

4. PRIMA COMERCIAL:

Cuota de la Prima Comercial: «XXX».

Frecuencia: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»

Las cuotas de la prima no incluyen IGV. Actualmente las pólizas de seguro de vida están inafectas al IGV cuando el comprobante de pago se emite a nombre de una persona natural residente en el Perú.

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 5 de la presente Solicitud-Certificado

Las cuotas de la prima comercial serán pagadas por el Asegurado, en las oficinas del Contratante, junto con las cuotas del CRÉDITO.

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.

5. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS			
COBERTURAS	DEFINICIONES Y CONDICIONES	SUMA ASEGURADA	EXCLUSIONES
<u>Vida</u> Edad Límite de Permanencia: «XX» años	Cobertura básica. Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.	Monto equivalente a la suma original del CRÉDITO financiado por el CONTRATANTE, hasta un máximo de «Moneda» «XXXX.XX» o su equivalente en moneda nacional. <u>No se otorgará cobertura por las ampliaciones del monto del CRÉDITO.</u> El pago de cualquiera de estas coberturas determina la terminación de este seguro.	a) Enfermedades o dolencias preexistentes a la fecha de afiliación al seguro; o, enfermedades congénitas. b) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que la afiliación al seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años. c) Accidentes aéreos, excepto como pasajero de vuelo comercial sobre ruta sujeta a itinerario regular. d) Participación activa en acto delictuoso. e) Guerra declarada o no, actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole; actos de guerrilla, rebelión, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular. f) Práctica o participación en los siguientes deportes: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas, como piloto o acompañante. g) SIDA/VIH. h) Estado etílico, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos – litro, o uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes. i) La participación del Asegurado en actos temerarios, entendidos como aquellos actos o actividades que pongan en grave peligro su vida e integridad física. j) Adicionalmente, se excluye la invalidez total y permanente por accidente a consecuencia de los denominados “Accidentes Médicos”, como los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.
<u>Invalidez Total y Permanente por Accidente</u> Edad Límite de Permanencia: «XX» años.	Cobertura adicional. Para los efectos de esta cobertura, <u>únicamente se considera invalidez</u> : a) Fractura incurable de la columna vertebral; b) descerebramiento que impida realizar trabajo alguno por el resto de su vida, c) pérdida total o funcional absoluta de: (i) la visión de ambos ojos, (ii) ambos brazos o ambas manos; (iii) ambas piernas o ambos pies; (iv) una mano y un pie.		
<u>Invalidez Total y Permanente por Enfermedad</u> Edad Límite de Permanencia: «XX» años. Periodo de Carencia: «XX» meses de efectuado el desembolso del CRÉDITO.	Cobertura adicional. Disminución física o intelectual, continua e interrumpida <u>durante más de 6 meses</u> (Periodo de Observación), igual o superior a los 2/3 de su capacidad de trabajo, reconocida por la Compañía utilizando los criterios establecidos para el Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. Se cubrirá la enfermedad diagnosticada con posterioridad al Periodo de Carencia.		

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 que sufra el Asegurado.**
- **Descerebramiento:** Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.

- **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.
- **Fractura incurable de la columna vertebral:** entendiendo por ésta a aquella fractura de la columna vertebral que causa paraplejía o cuadriplejía por compromiso asociado de la médula espinal.

6. RELACION DE CLAUSULAS ADICIONALES

Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente por Accidente; y, Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

7. RENOVACIÓN Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

La póliza en virtud de la cual se emite la presente Solicitud-Certificado tiene una vigencia anual renovable automáticamente en las mismas condiciones, salvo que la Compañía comunique las modificaciones por escrito con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. En dicha comunicación, la Compañía detallará las modificaciones en caracteres destacados. **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.** 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.

En caso no proceda la renovación automática de la presente póliza debido a que (i) alguna de las partes manifestó su decisión de no renovarla; o, (ii) se rechazó la propuesta de modificación enviada por la Compañía; el Contratante deberá comunicar a los Asegurados que la póliza no será renovada y que las coberturas se extinguirán al término de la vigencia anual correspondiente.

Queda expresamente acordado que 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.

8. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

La póliza en virtud a la cual se emite la presente Solicitud-Certificado se resolverá por solicitud del Contratante quedando sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente de notificada dicha decisión a la Compañía; 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 póliza terminarán las coberturas de todos los Asegurados afiliados a la misma, liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro. El Contratante deberá informar la resolución o extinción de la póliza a los Asegurados.

Este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado: (i) Por el ejercicio del derecho de arrepentimiento; (ii) Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión del seguro efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable; (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver la Solicitud-Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con 30 días calendario de anticipación; (iv) Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (v) Por solicitud de desafiliación presentada por el Asegurado, la cual podrá efectuarse en cualquier momento y sin expresión de causa, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la afiliación al seguro y con por lo menos treinta (30) días de anticipación. En caso el Asegurado ejerza esta opción a través de una comunicación escrita, deberá acompañar a la comunicación copia simple de su Documento de Identidad.

Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado: (i) Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo se podrá presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en el presente seguro; (ii) Cuando la Compañía realice el pago de alguna de las coberturas de Invalidez Temporal y Permanente por Accidente; (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran 90 días calendario desde la fecha establecida para realizar el pago; (iv) Cuando el Asegurado supere la mayor de las "Edades Límite de Permanencia" aplicables a las coberturas del presente seguro; y, (v) Al término del plazo del CRÉDITO o cancelación del mismo por cualquier causa.

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 correspondiente al tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha de resolución.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que la Solicitud-Certificado será Nula y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

(i) Si, al momento de la afiliación 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 del Asegurado, si se comprobase que el Asegurado superaba la "Edad Límite de Ingreso" a la fecha de afiliación al seguro. (iii) En ausencia de interés asegurable al tiempo de la afiliación al seguro, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro. (iv) Si al tiempo de la afiliación al 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.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales (ii), (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.

9. PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA (AVISO DE SINIESTRO)

Los Beneficiarios deberán informar por escrito al domicilio de la Compañía o en cualquier agencia del Contratante sobre la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en la cual toman 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:

Muerte Natural	Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente	Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
(1) Partida de defunción o acta de defunción. (2) Certificado médico de defunción completo. (3) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (4) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada.	(1) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (2) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal. (3) Resultado del examen de dosaje etílico, según corresponda. (4) Resultado del examen toxicológico, según corresponda. En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes: (5) Partida de defunción o acta de defunción. (6) Certificado médico de defunción completo. (7) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (8) Protocolo de Necropsia Completo, según corresponda.	(1) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (COMAFP o COMEC), que indique el porcentaje de invalidez según las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP. (2) Historia Clínica completa, foliada y fedateada.

10. CONSULTAS O RECLAMOS

Para la atención de sus consultas o reclamos llamar a Banca por Teléfono «XXX-XXXX», o acudir a la Plataforma de Atención de cualquier Oficina del Contratante. Asimismo, puede comunicarse con la Central de Servicio al Asegurado de Pacífico Seguros de Vida 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.

11. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios y/o los herederos del Asegurado, si la hubiere, 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.

12. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO:

1. 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 omisión, simulación, falsedad de circunstancias relevantes o declaración inexacta, dolosa o mediando 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 podrá informarme la revisión del seguro; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el seguro.

2. Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía está disponible en la página web de la Compañía (www.pacificovida.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° XXXXXXXXXX, 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 y/o el Contratante informe las modificaciones con por lo menos 45 días de anticipación. Como Asegurado convengo en que 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.** Asimismo, declaro conocer que los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de vida temporal.
3. 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.
4. **Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):**
- 4.1 Para la correcta ejecución de la relación contractual, EL CONTRATANTE / ASEGURADO ("EL CLIENTE") se obliga a mantener actualizada su información personal, financiera y crediticia ("LA INFORMACIÓN") y reconoce que PACÍFICO SEGUROS podrá tratarla, actualizarla, completarla y realizar flujos transfronterizos conforme a ley.
- 4.2 PACÍFICO SEGUROS conservará, tratará y realizará flujos transfronterizos con LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato.
- 4.3 Para el tratamiento de La INFORMACIÓN de EL CLIENTE, PACÍFICO SEGUROS utilizará diversos Encargados ubicados en el Perú y el extranjero, los cuales se han puesto a disposición del EL CLIENTE y también se encuentran detallados en <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>.
- 4.4 Su información será incluida en el banco de datos de Usuarios que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo el número de registro RNPDP-PJ N.º 774, de titularidad de PACÍFICO SEGUROS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú.
- 4.5 EL CLIENTE puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público o por teléfono o a través del Chat ubicado en nuestra página web www.pacifico.com.pe. El detalle de nuestra Política de Privacidad se encuentra disponible en: <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>
5. Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica proporcionada al Contratante, la misma que constituirá mi domicilio contractual. **Me comprometo a informar por escrito cualquier variación con por lo menos 15 días de anticipación; en caso contrario, se considerarán válidas para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas al último correo electrónico informado.** 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: Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la Solicitud-Certificado, el Asegurado tendrá la facultad de resolver el seguro sin expresión de causa, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida. Para estos efectos, el Asegurado deberá cursar una comunicación a la Compañía empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

Mediante la firma del presente documento, acepto afiliarme a la Póliza Grupal de Seguro de Vida "Protección Financiera" N° «XXXXX» emitida por la Compañía y contratada por el «Nombre de la Entidad Financiera», por lo que declaro conocer que me encuentro protegido dentro de los límites de las coberturas y exclusiones indicadas líneas arriba. Si bien la Compañía debe entregar los certificados de seguro, dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber presentado la respectiva solicitud de seguro, **a la firma del presente documento, declaro haber recibido el certificado de seguro.**

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro al «Nombre de la Entidad Financiera» o 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.

La Compañía es responsable frente al Asegurado por la cobertura contratada, así como por todos los errores u omisiones en que incurra el «Nombre de la Entidad Financiera» con motivo de la comercialización del presente seguro. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Asegurado o sus beneficiarios al «Nombre de la Entidad Financiera» con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Fecha de emisión:

--	--	--

Hora:

	:	
--	---	--

Oficina:

--	--	--	--	--

Matrícula vendedor:

--	--	--	--	--	--

Firma del Asegurado:

SEGURO NO OBLIGATORIO

«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»

Funcionario

«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»

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, Lima
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX@pacificovida.com.pe

CONTRATANTE Y COMERCIALIZADOR:
«XXXXXXXXXX»
RUC «XXXXXX» / Teléfono: «XXXXXX» / Fax: «XXXXXX»
Dirección «XXXXXX»