

Nombre del Intermediario: Código del Intermediario: Agencia:

Seguro de Vida:

Solicitud N° Producto:
Solicitud N° Producto:

Seguro de Accidentes Personales:

Solicitud N° Producto:
Solicitud N° Producto:

Complete cuidadosamente todas las preguntas de esta solicitud. Todos los campos son obligatorios y relevantes.

1. DATOS DEL CONTRATANTE (SOLICITANTE)

¿El Contratante es el propuesto asegurado? Sí ☐ No ☐ Vínculo con el propuesto asegurado:

EN CASO DE PERSONA NATURAL Apellidos y Nombre(s):

Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N° Nacionalidad: Fecha de Nac. / /

Sexo: M ☐ F ☐ Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Conviviente ☐

Telefonos: Casa Celular Oficina

Ingreso anual en S/: Empleador / Empresa: Giro:

Cargo: Gerente ☐ Ejecutivo ☐ Empleado ☐ Otro ☐ Profesión Ocupación

Realiza Labores: Administrativas ☐ Administrativas y operativas ☐ Administrativas y de campo ☐ Operativas y/o de Campo ☐

Indicar detalladamente actividades y tareas que desarrolla cotidianamente en su centro de trabajo:

Dirección de la empresa donde trabaja actualmente: Vía N° Int. Mz. Lote

Jr. Av. Calle

Tipo de agrupamiento Nombre de agrupamiento Distrito Provincia Departamento

EN CASO DE PERSONA JURÍDICA: Razón Social:

RUC: Giro: Ingreso anual en S/:

Nombre del representante legal: Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°

Administrador / Gerente: Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°

a) Dirección electrónica de facturación: @

DOMICILIO CONTRACTUAL EN CASO DE PERSONA NATURAL O PERSONA JURÍDICA:

a) Dirección electrónica: @

b) Dirección física: Vía N° Int. Mz. Lote

Jr. Av. Calle

Tipo de agrupamiento Nombre de agrupamiento Distrito Provincia Departamento

2. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO (Completar solo si el propuesto asegurado es persona distinta al Contratante)

Apellidos y Nombre(s):

Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N° Nacionalidad: Fecha de Nac. / /

Sexo: M ☐ F ☐ Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Conviviente ☐

Telefonos: Casa Celular Oficina

Dirección electrónica (Correo electrónico):

Dirección física: Vía N° Int. Mz. Lote

Jr. Av. Calle

Tipo de agrupamiento Nombre de agrupamiento Distrito Provincia Departamento

Ingreso anual en S/: Empleador / Empresa: Giro:

Cargo: Gerente ☐ Ejecutivo ☐ Empleado ☐ Otro ☐ Profesión Ocupación

Realiza Labores: Administrativas ☐ Administrativas y operativas ☐ Administrativas y de campo ☐ Operativas y/o de Campo ☐

Indicar detalladamente actividades y tareas que desarrolla cotidianamente en su centro de trabajo:

Dirección de la empresa donde trabaja actualmente: Vía N° Int. Mz. Lote

Jr. Av. Calle

Tipo de agrupamiento Nombre de agrupamiento Distrito Provincia Departamento

3. DATOS FAMILIARES DEL PROPUESTO ASEGURADO

(Llenar siempre)	Apellidos y Nombres	Fecha de Nacimiento	Sexo	Ocupación	Documento de Identidad
Parentesco					
Nombre del Cónyuge					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					

DATOS DEL CÓNYUGE (En caso de tomar un Plan Familiar en un Seguro de Accidentes Personales) Indicar detalladamente las actividades que realiza en su centro de trabajo:

4. BENEFICIARIOS

CESIÓN DEL DERECHO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (Solo en caso de que el Contratante sea persona distinta al Propuesto Asegurado)

El Contratante cede en forma expresa incondicional y de manera irrevocable a favor del Propuesto Asegurado, el derecho a nombrar al beneficiario o los beneficiarios del contrato de seguro de ser aprobada esta solicitud, De esta manera, el Propuesto Asegurado podrá modificar la designación de los beneficiarios, detallados a continuación, las veces que lo considere necesario.

Sí ☐ No ☐

En caso deje sin contestar esta pregunta se considerará “No” como respuesta.

A. EXCEPTO PARA FONDO UNIVERSITARIO

Beneficiarios principales: (Apellidos, Nombres)	Parentesco/Vínculo	Fecha Nacimiento	Porcentaje %	Documento de identidad

Beneficiarios contingentes: (Apellidos, Nombres)	Parentesco/Vínculo	Fecha Nacimiento	Porcentaje %	Documento de identidad

B. SOLO PARA FONDO UNIVERSITARIO

Beneficiario (recibirá las cuotas del beneficio **en caso sea mayor de edad**, salvo que el Propuesto Asegurado haya optado por recibir directamente el beneficio)

(Apellidos y Nombres)	Parentesco	Fecha Nacimiento	Sexo (M/F)	Documento de identidad

El Propuesto Asegurado solicita la opción de cobrar directamente las cuotas del beneficio (sin importar la edad del beneficiario).

Sí ☐ No ☐

Apoderado para Fondo Universitario (en caso el Asegurado falleciera y el beneficiario sea menor de edad)

(Apellidos y Nombres)	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	Documento de Identidad

El parentesco se define en relación al Propuesto Asegurado.

5. TIPO DE SEGURO DE VIDA SOLICITADO

PARA SER LLENADO POR EL INTERMEDIARIO

Tipo de riesgo: () Estándar () Preferencial

Necesidad estimada de cobertura de vida según el Análisis de Necesidades (ADN) en «Moneda»: _____

Indicar (X) los seguros de vida, la moneda de éstos y las sumas aseguradas de la cobertura básica y coberturas adicionales:

Cobertura Básica		Coberturas Adicionales					
Seguro de Vida	Vida Principal	Beneficio Muerte Accidental	Beneficio Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Beneficio Invalidez Accidental y Desmembramiento	Exención de Deducción Mensual / Pago de Primas	Beneficio en Vida de Enfermedades Graves	Riders Temporales T55 () T65 ()

() Seguro de Vida Inversión Platino Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>		MAV	ITV	IAV	EDV	-No Aplica-	
() Seguro de Vida Inversión 65 Plus Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>						-No Aplica-	
() Seguro de Vida Inversión Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>		BMA	ITP	BIA	EDM	BEG	
() Seguro de Vida Inversión Oro Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>							
() Seguro de Vida Inversión 65 Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>							
() Seguro de Vida Devolución Total Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>					EPP	-No Aplica-	-No Aplica-
() Vida Temporal 65 Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>						-No Aplica-	-No Aplica-
() Vida Temporal Oro Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>					-No Aplica-	-No Aplica-	-No Aplica-
() Temporal Platino Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>		BM2	IT2	BI2	IMPORTANTE - Indicar el número de años del seguro temporal solicitado: 10 años () 15 años () 20 años () 25 años () 30 años ()		

SÓLO PARA SEGURO DE VIDA INVERSIÓN, SEGURO DE VIDA INVERSIÓN ORO, SEGURO DE VIDA INVERSIÓN PLATINO, SEGURO DE VIDA INVERSIÓN 65 Y SEGURO DE VIDA INVERSIÓN 65 PLUS:

Suma Asegurada	Moneda	Fondos de Inversión								
() Creciente () Nivelada		Cuenta Individual				Cuenta de Excedentes				
		Fondos (Marque solo una opción)				Fondos (Marque solo una opción)				
		Garantizados	Controlados	Balanceados	Capitalización	Garantizados	Controlados	Balanceados	Capitalización	
		Dólares	() Fondo XX	() Fondo XX	() Fondo XX	() Fondo XX) Fondo X	() Fondo XX	() Fondo XX	() Fondo XX
		Soles	() Fondo XX	() Fondo XX	() Fondo XX	() Fondo XX) Fondo X	() Fondo XX	() Fondo XX	() Fondo XX

IMPORTANTE: Cada fondo seleccionado y la prima del producto deben estar en la misma moneda. Luego de la contratación del seguro, únicamente se podrán solicitar cambios de fondos entre los fondos que se encuentren disponibles en la misma moneda.

SOLO PARA SEGURO DE VIDA DEVOLUCIÓN TOTAL:

Porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos en caso de terminación anticipada de la póliza(*)	PLAZO DE CONTRATACIÓN O VIGENCIA DE LA PÓLIZA		
	XX años <input type="text"/>	XX años <input type="text"/>	XX años <input type="text"/>
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%

(*) El retorno de primas al finalizar el plazo de contratación de la póliza será equivalente al XX% de las primas pagadas netas de impuestos.

SOLO PARA FONDO UNIVERSITARIO

Moneda: Soles Dólares Suma Asegurada: _____
 Plazo de Inversión: _____ años (10-18 años) Nro. cuotas anuales del pago del beneficio: _____ (1 a 5)

Declaración del Contratante para los Seguros de Vida Inversión, Vida Inversión Oro, Vida Inversión Platino, Vida Inversión 65, Vida Inversión 65 Plus o Fondo Universitario

Declaro haber recibido por parte del intermediario que figura en la presente solicitud el documento “Cálculo de Proyección” respecto del producto solicitado, cuyas características me han sido explicadas en su totalidad. Asimismo, declaro conocer que, salvo para el Fondo Garantizado, los rendimientos de la Cuenta Individual y Cuenta de Excedentes varían en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que respaldan los portafolios elegidos por el Contratante. Asimismo, declaro conocer que, salvo para el Fondo Garantizado, Pacífico Seguros (en adelante la Compañía) no ofrece garantía alguna de rentabilidad ni de capital, consecuentemente los rendimientos acreditados en las

cuentas para fondos distintos al Fondo Garantizado podrán ser positivos o negativos, dependiendo del resultado de las inversiones de los portafolios elegidos.

6. TIPO DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES SOLICITADO

Marcar con una (X) el plan seleccionado y la moneda:

A. Viva Seguro ^{(1) y (2)}

Titular ☐ Titular+Cónyuge+Hijos ☐ Titular+Cónyuge ☐ Titular+Hijos ☐

Soles ☐ Dólares ☐

Solo opciones (T+C+H) y (T+C)

Para todas las Opciones

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8
Muerte Accidental	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular / **Cada hijo:** XX.XX por Muerte Accidental en cualquier evento.

Para todas las Opciones

	Plan 9	Plan 10	Plan 11	Plan 12	Plan 13	Plan 14	Plan 15	Plan 16	Plan 17
Muerte Accidental									
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular / **Cada hijo:** XX.XX por Muerte Accidental en cualquier evento.

B. Accidentes Cobertura Total ^{(2), (3) y (4)}

Solo Lima ☐ Solo Provincias ☐ Titular ☐ Titular+Cónyuge ☐

Soles ☐ Dólares ☐

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7
Muerte Accidental Básica	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Indemnización diaria por hospitalización en caso de Accidente.	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Indemnización diaria por hospitalización en caso de Accidente – UCI(*)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular. (*) UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

C. Educación Segura ^{(2), (3), (4) y (5)}

Titular ☐ Titular+Cónyuge ☐

Soles ☐ Dólares ☐

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6
Muerte Accidental Básica	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular.

D. Accidentes Triple Cobertura ^{(1), (2), (3) y (4)}

Titular ☐ Titular+Cónyuge+Hijos ☐ Titular+Hijos ☐

Soles ☐ Dólares ☐

Solo opción (T+C+H)

Para todas las Opciones

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8
Muerte Accidental Básica	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
			Plan 9	Plan 10	Plan 11	Plan 12	Plan 13	Plan 14
			XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular / **Cada hijo:** XX.XX por Muerte Accidental en cualquier evento.

E. Accidentes Reembolso ⁽²⁾

Titular ☐ Titular+Cónyuge ☐

Soles ☐ Dólares ☐

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8
Muerte Accidental	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Máximo Reembolso de gastos médicos por accidente (*)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular.

(*) Se reembolsarán los gastos efectivamente incurridos y sustentados en comprobantes de pago originales. Aplica deducible de XX.

F. Seguro Accidentes Devolución Total

Soles ☐ Dólares ☐

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5
Muerte Accidental	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Invalidez Total y Permanente por Accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

SOLO PARA EL SEGURO ACCIDENTES DEVOLUCION TOTAL

Plazo de Contratación (Marque solo una opción)

	XX años <input type="checkbox"/>	XX años <input type="checkbox"/>	XX años <input type="checkbox"/>
Porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos ⁽⁶⁾	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%

- (1)Para todos los planes de seguros de accidentes familiares solo se puede asegurar a un máximo de 5 hijos, entre 1 año y 18 años.
- (2)Para todos los planes de seguros de accidentes familiares, "Titular" se refiere al Asegurado Principal de la póliza.
- (3)Para Accidentes Triple Cobertura, Educación Segura y Accidentes Cobertura Total en caso de Muerte por accidente en transporte público (terrestre o acuático), la suma asegurada total será dos veces la suma asegurada por Muerte accidental básica elegida.
- (4)Para Accidentes Triple Cobertura, Educación Segura y Accidentes Cobertura Total en caso de Muerte por accidente en transporte Aéreo, la suma asegurada total será tres veces la suma asegurada por Muerte accidental básica elegida.
- (5)Para Educación Segura, la suma asegurada será dividida y pagada en 60 rentas fijas mensuales.
- (6)El Retorno de Primas al finalizar el plazo de contratación de la póliza será equivalente al «XX»% de las primas pagadas netas de impuestos.

7. IMPORTE, FRECUENCIA Y MODALIDAD DE PAGO DE LA PRIMA

SOLO PARA SEGURO DE VIDA INVERSIÓN, INVERSIÓN ORO, INVERSIÓN PLATINO, INVERSIÓN 65, INVERSIÓN 65 PLUS Y FONDO UNIVERSITARIO:

Indicar Moneda: US\$ ☐ S/ ☐

Prima ComercialPrima de ExcedentesI.G.V.Prima Total

Prima de excedentes regular mayor o igual a \$ XX.XX o S/ XX.XX mensuales, según corresponda.

Sí ☐ No ☐

PARA TODOS LOS SEGUROS

Producto	Código SBS	Frecuencia de Pago (M,S,A)	Modalidad (CB,TC,CU)	Moneda	Prima Total
1. Seguro de Vida Inversión Platino	VI2007100113	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Seguro de Vida Inversión 65 Plus	VI2007100141	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Seguro de Vida Inversión	VI2007100099	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seguro de Vida Inversión Oro	VI2007100105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seguro de Vida Inversión 65	VI2007100142	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Seguro de Vida Devolución Total	VI2007100145	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vida Temporal 65	VI2007100003	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vida Temporal Oro	VI2007100002	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vida Temporal Platino	VI2007100124	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fondo Universitario	VI2007100051	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. Viva Seguro	AE2006100087	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Accidentes Cobertura Total	AE2006100095	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Educación Segura	AE2006100106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Accidentes Triple Cobertura	AE2006100086	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Accidentes Reembolso	AE2006100117	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Seguro Accidentes Devolución Total	AE2006100219	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frecuencia: Mensual (M), Semestral (S) y Anual (A)

Modalidad: Cargo Automático de cuenta bancaria (CB) Cargo automático en tarjeta de crédito (TC) y Cupón (CU).

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234° y 1237° del Código Civil. De aceptar la Compañía la presente solicitud, las primas podrán pagarse en Dólares Americanos o Nuevos Soles al tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago. El tipo de cambio venta se publica diariamente en las ventanillas de las entidades recaudadoras.

IMPORTANTE: Las primas y las sumas aseguradas de cada uno de los seguros solicitados deben estar en la misma moneda.

• Si usted ha elegido cargo automático, deberá llenar el formato adjunto de autorización de débito en cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

- Las primas de los seguros de vida contratadas por personas naturales no incluyen el IGV. Actualmente, las pólizas de seguro de vida se encuentran inafectas del IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural que reside en el Perú.

Oportunidad de pago - Consecuencias del incumplimiento: La fecha de vencimiento de las primas pactadas será el primer día calendario de cada mes/semestre/año, según frecuencia de pago elegida. 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 de Seguro.

Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima, el contrato de seguro quedará extinguido. En caso de los seguros con componente de inversión, el incumplimiento del pago de la prima originará la reducción del plazo de contratación (prórroga) de conformidad con lo establecido en la respectiva póliza.

8. DECLARACIÓN DE SALUD E INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

Completar en caso de solicitar un seguro de vida y/o accidentes personales:

- Indique: Estatura: _____(m) Peso: _____(kg) **SÍ** **NO**
- 1) ¿Ha perdido peso en los últimos 12 meses? Razón: _____ () ()
- 2) ¿Actualmente padece usted o ha padecido de alguna enfermedad física o mental, impedimento o afectación física, secuela de accidente previo o está recibiendo tratamiento médico de algún tipo y/o se encuentra en periodo de control u observación por alguna condición médica? () ()
- En caso su respuesta sea positiva, especifique: _____
- 3) ¿Ha sufrido alguna vez de presión arterial anormal, úlcera, tuberculosis, hernia, diabetes, insulina dependencia, vértigos, mareos, cáncer; o ha tenido o tiene actualmente tumores o sangrados anormales, parálisis, reumatismo, gota, cualquier trastorno o enfermedad del sistema nervioso, génito urinario; o, tiene problemas crónicos de riñón, digestivos, trastornos de la columna vertebral, corazón o pulmones, cirugía de revascularización coronaria, by pass, anemia crónica? () ()
- En caso su respuesta sea positiva, especifique: _____

Completar en caso de solicitar un seguro de vida:

- | | SÍ | NO | | SÍ | NO |
|---|-----------|-----------|--|-----------|-----------|
| 4.- Durante los últimos 5 años: | | | c.- ¿Ha tenido o le han informado que tiene pruebas sanguíneas positivas para anticuerpos del virus del SIDA? | () | () |
| a.- ¿Ha consultado algún médico para ser examinado, tratado o aconsejado? | () | () | d.- ¿Tiene usted alguno de los siguientes síntomas sin explicación: Fatiga, pérdida de peso, diarrea, gánglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones en la piel? | () | () |
| b.- ¿Ha sido usted examinado a través de un electrocardiograma, rayos X, análisis de sangre u otros exámenes de diagnóstico? | () | () | 8.- ¿Consume bebidas alcohólicas con regularidad? (En caso afirmativo detalle qué y cuánto bebe a la semana) _____ | () | () |
| c.- ¿Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio u otros establecimientos médicos? | | | 9.- ESTAS PREGUNTAS SOLO PARA MUJERES | | |
| d.- ¿Se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no hubiera realizado? | () | () | a. ¿Ha sido sometida a algún tratamiento en los senos u órganos reproductivos? | () | () |
| 5.- Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de: | () | () | b.- ¿está usted embarazada en la actualidad? Meses: _____ | () | () |
| a.- ¿Cáncer, tumores, quistes, pólipos, leucemia, anemia aplásica medular u otra enfermedad de la sangre? | | | | | |
| b.- ¿Diabetes, gánglios linfáticos inflamados, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, epilepsia, derrame o infarto cerebral o enfermedad de tipo mental o nerviosa? | () | () | | | |
| | () | () | | | |
| d.- ¿Enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato reproductor? | () | () | 10.- MEDICO PARTICULAR | | |
| e.- ¿Enfermedad del hígado, de la vesícula, del páncreas o del aparato digestivo? | () | () | Nombre: _____ | | |
| f.- ¿Asma, enfisema u otra enfermedad respiratoria? ¿COVID-19 (coronavirus), tos persistente y fiebre alta o ha tenido contacto con alguna persona que haya padecido esta enfermedad? | () | () | Dirección: _____ | | |
| | () | () | Teléfono: _____ | | |
| g.- ¿Defecto severo de la vista o del oído, afectación física, enfermedades o condiciones relacionadas a discos intervertebrales, tales como artritis, reumatismo, dolores en la espalda o articulaciones o cualquier | () | () | Fecha y razón de última consulta: _____ | | |
| | () | () | | | |
| | | | 11.- INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA DEL PROPUESTO ASEGURADO | | |
| | | | a) ¿Hay en su familia (hasta el tercer grado de consanguinidad) antecedentes de enfermedades del corazón, derrame cerebral, cáncer, enfermedades de los riñones, diabetes o hipertensión antes de los 65 años, tuberculosis, trastornos mentales o desordenes hereditarios? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |

padecimiento o trauma relacionado a la columna vertebral (paraplejía)?

- 6.a.- ¿Tiene usted la intención de buscar consejo médico, tratamiento, cirugía o hacer cualquier examen médico? () ()
- b.- ¿Tiene usted, ha tenido o ha sido tratado por alcoholismo o adicción a las drogas? () ()
- c.- ¿En la actualidad está tomando algún medicamento? () ()
- 7.- SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)
- a.- ¿Ha recibido usted tratamiento o consejo médico en relación al sida o condiciones relacionadas con él o en relación a enfermedades de transmisión sexual? () ()
- b.- ¿Le han dicho que ha tenido SIDA o el complejo relacionado con el SIDA? () ()

b) Completar el siguiente cuadro de historia familiar:

CUADRO DE HISTORIA FAMILIAR	EDAD (si viven)	ESTADO DE SALUD / CAUSA DE FALLECIMIENTO	EDAD AL MORIR
Padre:			
Madre:			
Hermanos(as) N° Vivos			
N° Fallecidos			

12. En caso alguna(s) de sus respuestas anteriores (Preguntas del 1 al 11) haya sido afirmativa, indique a continuación:

PREG. N°	ENFERMEDAD O DOLENCIA (diagnóstico, duración, grado de recuperación, operación)	FECHA	ESTADO ACTUAL	MÉDICOS / HOSPITALES (nombres y direcciones)
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

13. DECLARACIÓN DE NO FUMADOR DEL PROPUESTO ASEGURADO

- a.- ¿Fuma actualmente o ha fumado en los últimos **12 meses*** (cigarrillos, pipas, etc.) o ha consumido tabaco en cualquier forma?

Sí ☐ No ☐

Mencione la cantidad diaria aproximada: Cantidad: Tipo:

☐

- b.- ¿Tiene usted intención de empezar o volver a fumar?

Sí ☐ No ☐

DECLARACIÓN DE NO FUMADOR

El propuesto asegurado declara libre y voluntariamente que actualmente no fuma, ni ha fumado en los últimos **doce (12) meses**** cigarrillos, pipas, puros u otros similares que contengan tabaco y que no tiene intención de empezar o volver a fumar.

El propuesto asegurado acepta expresamente que en caso la presente declaración fuese total o parcialmente falsa o inexacta, la o las pólizas de seguro para no fumadores emitidas conforme a la presente solicitud, se considerarán pólizas para fumadores. En este caso, la Compañía podrá optar entre el incremento de la prima (debiendo el Contratante regularizar el pago de la diferencia adeudada) o la reducción del capital asegurado o indemnización a la suma correspondiente a dicho tipo de póliza. Sí ☐ No ☐

(*) Para el Seguro de Vida Inversión Platino y el Seguro de Vida Inversión 65 Plus son **24 meses**.

14. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

Completar en caso de solicitar un seguro de vida y/o accidentes personales:

- a.- ¿Actualmente tiene usted o su cónyuge (de ser el caso) en vigencia algún seguro de vida, de accidentes, alguna solicitud pendiente, o algún anticipo o préstamo sobre póliza en vigor en esta u otra compañía?

Sí ☐

No ☐

En caso afirmativo detallar a continuación:

Año de emisión	Compañía	Tipo de plan	Suma asegurada	Principal/Cónyuge	Préstamo

Si su respuesta es "Sí" en cualquiera de las siguientes preguntas, complete la Sección 9 "Detalles Adicionales y/o Instrucciones Especiales".

Sí No

- b.- Indique si el plan de seguro que está solicitando servirá para reemplazar alguna póliza existente de vida, retiro, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica.

() ()

- c.- ¿Le ha sido alguna vez rechazada, pospuesta, aceptada con cargo, modificada en modo alguno una solicitud o rehabilitación de un seguro de vida, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica contemplada en otra compañía? () ()
- d.- Practica o ha realizado deportes o cultiva aficiones que puedan considerarse peligrosas tales como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia. () ()
- Especifique: _____
- ¿Algún otro deporte o afición de alto riesgo? Especifique: _____

Se consideran deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, a aquellas en las cuales el Asegurado esté continuamente expuesto a caídas, quemaduras, golpes, cortes, amputaciones, ahogo y/o muerte.

- e.- Indique si cumple o ha cumplido funciones públicas en los 5 últimos años sea en territorio nacional o extranjero. () ()
- f.- Indique si es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional. () ()
- g.- ¿El solicitante viaja en aeronaves o líneas no comerciales? (Se entenderá por aeronaves o líneas no comerciales, a aquellas que no pertenezcan a una línea aérea establecida y/o que no cuente con recorridos y/o itinerarios regulares o fijos) (En caso afirmativo, llenar el cuestionario correspondiente). () ()
- h.- ¿Realiza usted alguna otra actividad o tiene usted algún otro hábito que pueda afectar su vida o su salud? () ()
- i.- El contratante y/o asegurado ha nacido en EEUU, tiene nacionalidad americana, tiene permiso de residencia en los EEUU, o tiene residencia fiscal en un país distinto a Perú. (Al marcar "sí" debe completar la Declaración Jurada de Residencia Fiscal para Personas Naturales) () ()

IMPORTANTE:

En caso el contratante sea Persona Jurídica: De acuerdo con las regulaciones FATCA y/o CRS todas las empresas que contraten un producto/póliza de seguros, que tengan algún componente de ahorro y/o inversión, deben completar una Declaración de Residencia Fiscal y actividad económica.

Completar en caso de solicitar un seguro de vida:

- j.- ¿Consume actualmente o ha consumido en los últimos 12 meses drogas o medicinas no prescritas? () ()
- k.- ¿Ha sido acusado o ha participado en actos calificados como delitos? () ()
- l.- ¿Ha tenido algún trasplante de órgano? () ()

15. DECLARACIÓN DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR: Completar solo para solicitudes de Accidentes Familiares.

- Con relación a la pregunta 2 de la Declaración de Salud contestada por usted. Si la respuesta fuese afirmativa para algún miembro de su familia propuesto para este seguro, debe necesariamente indicarlo a continuación.
- Con relación a las preguntas 3 de la Declaración de Salud y las preguntas 14.a hasta la 14.k contestadas por usted. Si alguna de las respuestas fuesen afirmativas para algún miembro de su familia propuesto para este seguro, debe necesariamente indicarlo en el cuadro siguiente. (No es aplicable para el caso de Accidentes Triple Cobertura).
- El Contratante y el Propuesto Asegurado declaran bajo juramento que no omiten alguna información relevante vinculada al estado de salud de los familiares propuestos para este seguro, y que la información aquí proporcionada es absolutamente veraz y que la Compañía utiliza tal información para evaluar el riesgo que se solicita asegurar.

N° de Pregunta	¿Quién?	Detalle

9. DETALLES ADICIONALES Y/O INSTRUCCIONES ESPECIALES (Completar si respondió "Sí" en cualquiera de las preguntas de la INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO)

10. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

- 1.- Por medio del presente documento solicito a la Compañía la emisión del(de los) seguro(s) antes indicado(s) y reconozco que no habrá contrato(s) de seguro a menos que la Compañía encuentre satisfactorias las condiciones de asegurabilidad y todos los requisitos solicitados respecto del propuesto asegurado y/o contratante, manifestando su aprobación a través de la emisión de la(s) póliza(s) de seguro respectiva(s). Asimismo declaro conocer que la Compañía no procesará solicitudes con datos, documentos o evaluaciones incompletas. Los requisitos mínimos para iniciar la evaluación de este documento son: copia del Documento de Identidad del contratante y del propuesto asegurado, voucher de pago de la prima provisional (depósito inicial) y formato modalidad de pago para débito automático. Sin perjuicio de ello, la Compañía podrá solicitar requisitos adicionales. Durante la evaluación de la presente solicitud, si el contratante es persona natural, la Compañía otorgará una cobertura provisional, cuyos límites, términos y condiciones figuran en el Certificado de cobertura provisional correspondiente. En caso la presente solicitud sea rechazada, la Compañía devolverá el monto de la prima provisional que haya sido abonado sin intereses. Declaro conocer que para cualquier consulta podré comunicarme al 513-5000 o ingresar a la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe).
- 2.- La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la solicitud de seguro con todos los requisitos solicitados por la Compañía, si no media rechazo previo. En caso de rechazo, la Compañía comunicará dicha decisión dentro

de los 15 días siguientes de formulada la solicitud de seguro y completados todos los requisitos exigidos por la Compañía. La entrega de la(s) póliza(s) se realizará en la dirección electrónica consignada en el presente formato y/o se pondrá a disposición del Contratante/Asegurado a través del aplicativo “Mi Espacio Pacífico” ubicado en la pagina web de la Compañía. A efectos de garantizar la autenticidad e integridad de la(s) póliza(s) en caso de envío a través de la dirección electrónica, esta(s) contará(n) con la firma electrónica del representante de la Compañía y será(n) enviada(s), con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad.

- 3.- Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con la evaluación de la presente solicitud, con la(s) póliza(s) de seguro solicitada(s) y con la(s) póliza(s) contratada(s) anteriormente con la Compañía, de ser el caso, a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación con por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica comunicada a la Compañía.
- 4.- El Propuesto asegurado, se compromete a realizar las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registro de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información o documentación solicitada por la Compañía en caso de siniestro, incluyendo la referida al VIH/SIDA.
- 5.- Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por La Compañía se encuentra disponible en la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) bajo los Código SBS indicados en la sección 7 de esta solicitud, el cual es de acceso público a través del “Portal del Usuario” de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).
- 6.- Declaro conocer que ningún intermediario estará facultado para ofrecer excepciones a las condiciones establecidas por la Compañía y que el titular de la(s) póliza(s) emitida(s) en virtud de este documento será el Contratante (Solicitante). **Asimismo, declaro conocer que la Compañía no autoriza a su personal a recibir suma de dinero alguna en forma personal. En tal sentido, la Compañía no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el Contratante y/o Asegurado decida entregar al personal de la Compañía distinto al encargado de las cajas autorizadas a pesar de conocer esta prohibición.**
- 7.- CONFIRMO que las declaraciones y respuestas precedentes, sobre mi vida y persona, son completas, auténticas, correctamente transcritas y forman parte de la solicitud de seguro. Asimismo, confirmo que todas las declaraciones y respuestas dadas o que hayan de hacerse al médico examinador, formularios, cuestionarios y enmiendas, son completas, verídicas y obligatorias para todas las partes interesadas en la(s) póliza(s) solicitada(s). Es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad o declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable determina la nulidad del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro y, en consecuencia, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad de conformidad con las normas vigentes. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta de circunstancias relevantes que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, la Compañía informará la revisión del contrato; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el contrato de seguro.
- 8.- **Derecho de arrepentimiento:** Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la póliza o nota de cobertura provisional, el Contratante tendrá la facultad de resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima inicial que hubiese recibido 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.

9.- **Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):**

9.1 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.

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.

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>.

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.

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. El detalle de nuestra Política de Privacidad se encuentra disponible en: <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>

9.2 AUTORIZACIONES PARA USOS ADICIONALES EL CLIENTE autoriza que PACÍFICO SEGUROS, de manera directa o a través de sus Encargados:

- Le oferte cualquiera de sus productos de los ramos de Riesgos Generales o de Vida.
- Le oferte cualquier otro producto o servicio de PACÍFICO SEGUROS o de sus empresas terceras.
- A transferir su Información a empresas Credicorp (incluyendo subsidiarias, vinculadas. Afiliadas) así como socios comerciales (Terceros), para que cada uno de ellos pueda ofertar sus productos o servicios.

EL CLIENTE acepta haber tenido a su disposición la lista de Terceros y Encargados que también se encuentra disponible en <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>. Dicha lista detalla los posibles usos que los Terceros darán a sus datos personales. El envío de comunicaciones o mensajes con las ofertas y/o publicidades podrá ser remitida a través de medios escritos, verbales (por ejemplo: mensajes, push notification o llamadas telefónicas) o electrónicos/informáticos (por ejemplo correo electrónico).

PACÍFICO SEGUROS y los Terceros podrán conservar y tratar LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE en los términos establecidos en esta sección, mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato. La aceptación o no de esta

autorización para usos adicionales (ajenos a la ejecución de la relación contractual) no condiciona la prestación del servicio que EL CLIENTE está contratando.

- ☐ Sí acepto
- ☐ No acepto y prefiero perder la oportunidad de recibir nuevas ofertas

En _____, el ____ de _____ de _____.
(Ciudad)

Firma del Intermediario
(Consignar la firma del DNI)

Firma del Propuesto Asegurado
(Consignar la firma del DNI)

Firma del Cónyuge
(En caso de requerir
productos familiares
de Accidentes
Personales)
(Consignar la firma
del DNI)

Firma del Contratante
(Si es distinto del Propuesto
Asegurado, si es Persona Jurídica,
incluir cargo y sello) (Consignar la
firma del DNI)

Aclaración de Firma

Aclaración de Firma

Aclaración de Firma

Aclaración de Firma

1. DATOS DEL CONTRATANTE (SOLICITANTE)

Contratante Igual al Asegurado:____ Vínculo con el Asegurado: _____ Documento de Identidad: _____
Nombres/Razón Social: _____ Giro de Empresa: _____ Ingreso anual: _____
Domicilio Contractual: Dirección física: _____
Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
Correo electrónico: _____ Teléfonos: _____
En Caso de Persona Natural:
Nacionalidad: _____ Fecha de Nac.: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Empleador/Empresa: _____ Cargo: _____ Ocupación: _____ Tipo de
Labores: _____
En Caso de Persona Jurídica:
Nombre del representante legal: _____ Doc. de Identidad: _____
Administrador / Gerente: _____ Doc. de Identidad: _____

2. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Apellidos y Nombre(s): _____ Documento de Identidad: _____
Nacionalidad: _____ Fecha de Nac. _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Ingreso anual: _____ Empleador/Empresa: _____ Tipo de Labores: _____
Domicilio Contractual: Dirección
física: _____
Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
Correo electrónico: _____ Teléfonos: _____

3. TIPO DE SEGURO SOLICITADO/BENEFICIARIOS

CESIÓN DEL DERECHO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Contratante cede en forma expresa incondicional y de manera irrevocable a favor del Propuesto Asegurado, el derecho a nombrar al beneficiario o los beneficiarios del contrato de seguro de ser aprobada esta solicitud. De esta manera, el Propuesto Asegurado podrá modificar la designación de los beneficiarios, detallados a continuación, las veces que lo considere necesario.

Necesidad estimada de Cobertura de vida según ADN: _____ **Tipo de Riesgo:** _____
Producto de Vida: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (XXXXXXXXXXXX)

Coberturas:	Suma Asegurada	Detalle de prima:	
.....	_____	Prima Comercial	_____
.....	_____	Prima de Excedentes	_____
.....	_____	IGV	_____
.....	_____	Prima Total	_____
.....	_____		
.....	_____		

Frecuencia: _____
Modalidad de Pago: _____
Tipo de Suma asegurada: _____
Tipo Fondo C. Individual _____
Tipo Fondo C. Excedentes _____
Plazo de Contratación: _____

SOLO PARA SEGURO DE VIDA DEVOLUCIÓN TOTAL

Al finalizar el plazo de contratación de la póliza se devolverá el _____
Porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos en caso de terminación anticipada de la póliza: _____

Beneficiarios: (P:Principal – C:Contigente / F:Femenino – M:Masculino)

Tipo	Apellidos, Nombres	Parentesco /Vínculo	Sexo	Fecha de Nacimiento	Documento Identidad	%
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Fondo Universitario (XXXXXXXXXXXX)

Monto del Fondo: _____	Detalle de prima:	
Coberturas:	Prima Comercial	Frecuencia: _____

[illegible]

4. DECLARACIÓN DE SALUD Y OCUPACIÓN

Para seguro de vida y/o accidentes personales:

1. Profesión: _____
2. Ocupación: _____
3. Giro de Empresa: _____
4. Cargo: _____

Sólo para Seguros de Vida:

1. Estatura: _____ m.
2. Peso: _____ kg.
3. ¿Ha perdido peso en los últimos 12 meses? _____

4. Durante los últimos 5 años:

- a. ¿Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio u otros establecimientos médicos? _____
- b. ¿Se le ha aconsejado algún examen médico, tratamiento, hospitalización u operación que no hubiera realizado? _____

5. Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de:

- a. ¿Cáncer, tumores, quistes, pólipos, leucemia, linfoma, anemia aplásica medular, anemia crónica u otra enfermedad de la sangre? _____
- b. ¿Diabetes, insulina dependencia, ganglios linfáticos inflamados, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, epilepsia, esclerosis múltiple o enfermedad (o trastorno) de tipo mental o del sistema nervioso? _____
- c. ¿Derrame, embolia o infarto cerebral, cirugía de revascularización coronaria, bypass, Infarto al miocardio, dolor en el pecho, presión arterial anormal (como hipertensión), soplo cardíaco u otra enfermedad cardíaca o circulatoria? _____
- d. ¿Insuficiencia renal, enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato reproductor (como génito urinario)? _____
- e. ¿Enfermedad del hígado, de la vesícula, del páncreas o del aparato digestivo (como úlcera)? _____
- f. ¿Asma, enfisema, tuberculosis u otra enfermedad respiratoria? ¿Covid-19 (coronavirus), tos persistente y fiebre alta o ha tenido contacto con alguna persona que haya padecido esta enfermedad? _____
- g. ¿Defecto severo de la vista o del oído, afectación física, enfermedades o condiciones relacionadas a discos intervertebrales, tales como artritis (como gota), reumatismo, dolores en la espalda o articulaciones o cualquier padecimiento o trauma relacionado a la columna vertebral (como paraplejia, hernia)? _____

6. Además de lo antes mencionado, ¿Actualmente padece usted o ha padecido de alguna enfermedad física o mental, impedimento o afectación física, secuela de accidente previo o está recibiendo tratamiento médico de algún tipo y/o se encuentra en periodo de control u observación por alguna condición médica? O ¿tiene usted alguno de los siguientes síntomas sin explicación: Fatiga, vértigo, _____

mareos, sangrados anormales, diarrea o extrañas lesiones en la piel?

7. ¿Tiene usted la intención de buscar consejo médico, tratamiento, cirugía o hacer cualquier examen médico? _____
8. ¿Tiene usted, ha tenido o ha sido tratado por alcoholismo o adicción a las drogas? _____
9. ¿En la actualidad está tomando algún medicamento? _____
10. ¿Consume o ha consumido algún tipo de droga? _____
11. ¿Le han diagnosticado infección por VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual? _____
12. ¿Consume bebidas alcohólicas con regularidad? _____

13. Estas preguntas son solo para mujeres:

- a. ¿Ha sido sometida a algún tratamiento en los senos u órganos reproductivos? _____
- b. ¿Está usted embarazada en la actualidad? _____

14. Información sobre la familia del propuesto asegurado:

- a. ¿Hay en su familia (abuelos, padres, hermanos e hijos) antecedentes de enfermedades del corazón, derrame cerebral, cáncer, enfermedades de los riñones, diabetes o hipertensión antes de los 65 años, tuberculosis, trastornos mentales o desordenes hereditarios? _____

15. ¿Fuma actualmente o ha fumado en los últimos 12 meses* (cigarros, pipas, etc.) o ha consumido tabaco en cualquier forma? (Cantidad) _____

(*) Para el Seguro de Vida Inversión Platino y el Seguro de Vida Inversión 65 Plus son 24 meses. _____

16. ¿Practica o ha realizado deportes o cultiva aficiones que puedan considerarse peligrosas tales como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia o algún otro deporte o afición de alto riesgo? _____

17. ¿El solicitante viaja en aeronaves o líneas no comerciales? _____

Sólo para Seguros de Accidentes Personales:

1. ¿Actualmente padece usted o ha padecido de alguna enfermedad física o mental, impedimento o afectación física, secuela de accidente previo o está recibiendo tratamiento médico de algún tipo y/o se encuentra en periodo de control u observación por alguna condición médica? _____
2. Practica o ha realizado deportes o cultiva aficiones que puedan considerarse peligrosas tales como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia o algún otro deporte o afición de alto riesgo? _____
3. ¿El solicitante viaja en aeronaves o líneas no comerciales? _____

5. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

Para seguro de vida y/o accidentes personales:

a. ¿Actualmente tiene usted o su cónyuge (de ser el caso) en vigencia algún seguro de vida, de accidentes, alguna solicitud pendiente, o algún anticipo o préstamo sobre póliza en vigor en esta u otra compañía? _____

En caso afirmativo detallar a continuación:

Año de emisión	Compañía	Tipo de Plan	Suma Asegurada	Principal/Cónyuge	Préstamo
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Si la respuesta es “Sí” en cualquiera de las siguientes preguntas, se completará la Sección 6 “Detalles Adicionales y/o Instrucciones Especiales”.

- b. Indique si el plan de seguro que está solicitando servirá para reemplazar alguna póliza existente de vida, retiro, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica. _____
- c. ¿Le ha sido alguna vez rechazada, pospuesta, aceptada con cargo, modificada en modo alguno una solicitud o rehabilitación de un seguro de vida, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica contemplada en otra compañía? _____
- d. Indique si cumple o ha cumplido funciones públicas en los 5 últimos años sea en territorio nacional o extranjero. _____
- e. Indique si es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional. _____
- f. El contratante y/o asegurado ha nacido en EEUU, tiene nacionalidad americana, tiene permiso de residencia en los EEUU, o tiene residencia fiscal en un país distinto a Perú. (Al marcar “sí” debe completar la Declaración Jurada de Residencia Fiscal para Personas Naturales). _____

Solo para Seguros de Vida

g. ¿Ha sido acusado o ha participado en actos calificados como delitos? _____

6. DETALLES ADICIONALES Y/O INSTRUCCIONES ESPECIALES

7. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

1.- Evaluación y Requisitos del Seguro:

Por medio del presente documento solicito a la Compañía la emisión del(de los) seguro(s) antes indicado(s) y reconozco que no habrá contrato(s) de seguro a menos que la Compañía encuentre satisfactorias las condiciones de asegurabilidad y todos los requisitos solicitados respecto del propuesto asegurado y/o contratante, manifestando su aprobación a través de la emisión de la(s) póliza(s) de seguro respectiva(s). Asimismo, declaro conocer que la Compañía no procesará solicitudes con datos, documentos o evaluaciones incompletas. Los requisitos mínimos para iniciar la evaluación de este documento son: copia del Documento de Identidad del contratante y del propuesto asegurado, voucher de pago de la prima provisional (depósito inicial) y formato modalidad de pago para débito automático. Sin perjuicio de ello, la Compañía podrá solicitar requisitos adicionales. Durante la evaluación de la presente solicitud, si el contratante es persona natural, la Compañía otorgará una cobertura provisional, cuyos límites, términos y condiciones figuran en el Certificado de cobertura provisional correspondiente. En caso la presente solicitud sea rechazada, la Compañía devolverá el monto de la prima provisional que haya sido abonado sin intereses. Declaro conocer que para cualquier consulta podré ingresar a la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) o comunicarme al 513-5000.

2.- Entrega de la Póliza:

La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la solicitud de seguro con todos los requisitos solicitados por la Compañía, si no media rechazo previo. En caso de rechazo, la Compañía comunicará dicha decisión dentro de los 15 días siguientes de formulada la solicitud de seguro y completados todos los requisitos exigidos por la Compañía. La entrega de la(s) póliza(s) se realizará en la dirección electrónica consignada en el presente formato y/o se pondrá a disposición del Contratante/Asegurado a través del aplicativo “Mi Espacio Pacífico” ubicado en la página web de la Compañía. A efectos de garantizar la

autenticidad e integridad de la(s) póliza(s) en caso de envío a través de la dirección electrónica, esta(s) contará(n) con la firma electrónica del representante de la Compañía y será(n) enviada(s), con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad.

3.- Políticas de comunicaciones y domicilio contractual:

Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con la evaluación de la presente solicitud, con la(s) póliza(s) de seguro solicitada(s) y con la(s) póliza(s) contratada(s) anteriormente con la Compañía, de ser el caso, a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación con por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica comunicada a la Compañía.

4.- Información de la Prima

La fecha de vencimiento de las primas pactadas será el primer día calendario de cada mes/semestre/año, según frecuencia de pago elegida. 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 de Seguro.

Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima, el contrato de seguro quedará extinguido. En caso de los seguros con componente de inversión, el incumplimiento del pago de la prima originará la reducción del plazo de contratación (prórroga) de conformidad con lo establecido en la respectiva póliza.

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234° y 1237° del Código Civil. De aceptar la Compañía la presente solicitud, las primas podrán pagarse en Dólares Americanos o Nuevos Soles al tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago. El tipo de cambio venta se publica diariamente en las ventanillas de las entidades recaudadoras.

IMPORTANTE: Las primas y las sumas aseguradas de cada uno de los seguros solicitados deben estar en la misma moneda.

Las primas de los seguros de vida contratadas por personas naturales no incluyen el IGV. Actualmente, las pólizas de seguro de vida se encuentran inafectas del IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural que reside en el Perú.

5.- Declaración de Cálculo de Proyección:

Para los Seguros de Vida Inversión, Vida Inversión Oro, Vida Inversión Platino, Vida Inversión 65, Vida Inversión 65 plus o Fondo Universitario, declaro haber recibido por parte del intermediario que figura en la presente solicitud el documento "Cálculo de Proyección" respecto del producto solicitado, cuyas características me han sido explicadas en su totalidad. Asimismo, declaro conocer que, salvo para el Fondo Garantizado, los rendimientos de la Cuenta Individual y Cuenta de Excedentes varían en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que respaldan los portafolios elegidos por el Contratante. Asimismo, declaro conocer que, salvo para el Fondo Garantizado, Pacífico Seguros (en adelante la Compañía) no ofrece garantía alguna de rentabilidad ni de capital, consecuentemente los rendimientos acreditados en las cuentas para fondos distintos al Fondo Garantizado podrán ser positivos o negativos, dependiendo del resultado de las inversiones de los portafolios elegidos.

6.- Información Médica:

El Propuesto asegurado, se compromete a realizar las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registro de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información o documentación solicitada por la Compañía en caso de siniestro, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

7.- Información de Condiciones del Seguro:

7.1. Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por La Compañía se encuentra disponible en la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) bajo los Código SBS indicados en la **sección 3** de esta solicitud, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).

7.2. Declaro conocer que ningún intermediario estará facultado para ofrecer excepciones a las condiciones establecidas por la Compañía y que el titular de la(s) póliza(s) emitida(s) en virtud de este documento será el Contratante (Solicitante). **Asimismo, declaro conocer que la Compañía no autoriza a su personal a recibir suma de dinero alguna en forma personal. En tal sentido, la Compañía no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el Contratante y/o Asegurado decida entregar al personal de la Compañía distinto al encargado de las cajas autorizadas a pesar de conocer esta prohibición.**

8.- Información Declarada:

CONFIRMO que las declaraciones y respuestas precedentes, sobre mi vida y persona, son completas, auténticas, correctamente transcritas y forman parte de la solicitud de seguro. Asimismo, confirmo que todas las declaraciones y respuestas dadas o que hayan de hacerse al médico examinador, formularios, cuestionarios y enmiendas, son completas, verídicas y obligatorias para todas las partes interesadas en la(s) póliza(s) solicitada(s). Es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad o declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable determina la nulidad del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro y, en consecuencia, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad de conformidad con las normas vigentes. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta de circunstancias relevantes que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, la Compañía informará la revisión del contrato; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el contrato

de seguro. Por otro lado, si las respuestas expresadas, sobre los temas de No Fumador, sean total o parcialmente falsa o inexacta, se considerarán pólizas para fumadores. En este caso, la Compañía podrá optar entre el incremento de la prima (debiendo el Contratante regularizar el pago de la diferencia adeudada) o la reducción del capital asegurado o indemnización a la suma correspondiente a dicho tipo de póliza.

9.- Derecho de arrepentimiento:

Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la póliza o nota de cobertura provisional, el Contratante tendrá la facultad de resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima inicial que hubiese recibido 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.

10.-Proteccion de datos personales:

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. 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. 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>. 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. 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>

AUTORIZACIONES PARA USOS ADICIONALES

EL CLIENTE autoriza que PACÍFICO SEGUROS, de manera directa o a través de sus Encargados:

- Le oferte cualquiera de nuestros productos de los ramos de Riesgos Generales o de Vida.
- Le oferte cualquier otro producto o servicio de PACÍFICO SEGUROS o de sus empresas terceras.
- A transferir su Información a empresas Credicorp (incluyendo subsidiarias, vinculadas y afiliadas) así como socios comerciales (Terceros), para que cada uno de ellos pueda ofertar sus productos o servicios.

EL CLIENTE acepta haber tenido a su disposición la lista de Terceros y Encargados que también se encuentra disponible en <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>. Dicha lista detalla los posibles usos que los Terceros darán a sus datos personales. El envío de comunicaciones o mensajes con las ofertas y/o publicidades podrá ser remitida a través de medios escritos, verbales (por ejemplo: mensajes, push notification o llamadas telefónicas) o electrónicos/informáticos (por ejemplo correo electrónico). PACÍFICO SEGUROS y los Terceros podrán conservar y tratar LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE en los términos establecidos en esta sección, mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato.

La aceptación o no de esta autorización para usos adicionales (ajenos a la ejecución de la relación contractual) no condiciona la prestación del servicio que EL CLIENTE está contratando.

- ☐ Sí acepto
- ☐ No acepto y prefiero perder la oportunidad de recibir nuevas ofertas

Este documento ha sido generado el XX/XX/XXXX y firmado electrónicamente por el Contratante y por el Asegurado (en caso sea distinto al Contratante).

La(s) firma(s) electrónica(s) ha(n) sido certificada(s) por Evicertia.

Nombre del Intermediario:_____ Código del Intermediario:_____ Agencia:_____

Datos del Propuesto Asegurado

Tipo de Documento: «XXXXXXXXXX»
Apellido Paterno: «XXXXXXXXXX»
Nombres: «XXXXXXXXXX»
Fecha de Nacimiento: «XXXXXXXXXX»
Dirección física: «XXXXXXXXXX»
Dirección electrónica (Correo electrónico): «XXXXXXXXXX»
Teléfono: «XXXXXXXXXX»

Nro.: «XXXXXXXXXX»
Apellido Materno: «XXXXXXXXXX»
Ocupación: «XXXXXXXXXX»
Centro de trabajo: «XXXXXXXXXX»

Datos del Contratante (Llenar únicamente si es distinto del Propuesto Asegurado)

Tipo de Documento: «XXXXXXXXXX»
Apellido Paterno: «XXXXXXXXXX»
Nombres: «XXXXXXXXXX»
Relación con el Asegurado: «XXXXXXXXXX»
Dirección física: «XXXXXXXXXX»
Dirección electrónica (Correo electrónico): «XXXXXXXXXX»
Teléfono: «XXXXXXXXXX»

Nro.: «XXXXXXXXXX»
Apellido Materno: «XXXXXXXXXX»

Declaración Jurada del Propuesto Asegurado y Declaración FATCA del Contratante:

	SI	NO
¿Actualmente el Asegurado tiene una enfermedad o impedimento físico?	()	()
El Contratante y/o Asegurado ¿ha nacido en EEUU, tiene nacionalidad americana, tiene permiso de residencia en los EEUU, o tiene residencial fiscal en un país distinto a Perú?	()	()

Datos de los Beneficiarios:

a) Herederos Legales ☐

b) Otros Beneficiarios ☐

Si usted marcó la opción **"Otros beneficiarios"**, le solicitamos se sirva llenar el siguiente cuadro:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI	Parentesco	%
				Total	100%

Plan elegido, Prima Comercial, frecuencia y forma de pago:

Plan elegido: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»
Frecuencia de Pago: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Tipo de medio de pago: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»

Nro.: «XXXXXXXXXXXX»
Prima Comercial: «Mon»«XX.XX»

La prima incluye IGV, está pactada en soles y se cobrará en la moneda de la cuenta o tarjeta autorizada. En caso se realice cambio de tarjeta, autorizo a la compañía a continuar efectuando el cobro de prima. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato por falta de pago de las cuotas de primas de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo, el contrato quedará extinguido.

- Suma Asegurada, Coberturas y Condiciones:
- Suma Asegurada:** «Mon»«XXX,XXX.XX» por muerte accidental; o, retorno del «XX.XX»% de las primas pagadas netas de impuestos por sobrevivencia a los «XX» años. Es decir, si la póliza se mantiene vigente por «XX» años, la Compañía devolverá al Contratante todas las primas pagadas netas de IGV adicionando el 20% de dicho monto.
 - Edades Límite:** El límite de ingreso al seguro es hasta los «XX» años. El límite de permanencia es hasta los «XX» años.

- **Principales Exclusiones:** (a) Guerra; actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole. (b) Participación en acto delictuoso. (c) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, si el Asegurado participa como elemento activo. (d) La muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante o de un Beneficiario. (e) Estado etílico (f) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas. (g) Suicidio. (h) La participación o práctica de los siguientes deportes riesgosos: buceo, montañismo, andinismo, alpinismo, paracaidismo, ala delta, parapente, vuelo o caída libre, puenting, canotaje, rafting, surfing, saltos ornamentales, escalada en paredes montañosas o artificiales, cacería con armas de fuego, boxeo, toreo, artes marciales, ciclismo de montaña, skate; la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante, en los siguientes deportes de velocidad: carreras de caballo o carrera de vehículos terrestres, marítimos o aéreos, motorizados o no. (i) La participación, práctica o el desempeño formal o informal de actividades, oficios o profesiones relacionados con: acrobacia, obrero de construcción, carpintero, soldador, bombero, taxista, mototaxista, repartidor motorizado, chofer de transporte público, transportista de líquidos inflamables, lubricantes o sustancias corrosivas, fumigantes o insecticidas, electricista de alta tensión, operador de grúas, personal de seguridad, minero, trabajo en plataformas petrolíferas o en perforación de pozos, trabajo en altura y/o pirotécnicos. (j) La participación en actos donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas. (k) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta regular y sujeta a itinerario. (l) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos y anestésicos. (m) Accidente Cerebro Vascular y Accidentes Médicos (n) Contaminación radioactiva o fisión y fusión nuclear. (El detalle de las exclusiones figura en la póliza que recibirá el Contratante)

IMPORTANTE: La compañía es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas. La compañía es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el «Entidad Financiera» en la comercialización de los seguros. En caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado mediante Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Contratante y/o Asegurado o sus beneficiarios al «Entidad Financiera» con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Declaraciones, autorizaciones y compromisos del Contratante y/o Propuesto Asegurado:

- 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 declaración inexacta o reticente, efectuada con dolo o con 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 me informará la revisión del contrato; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el contrato de seguro.
- Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía se encuentra disponible en la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) bajo el Código SBS AE2006100219, el cual es de acceso público a través de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).
- La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la solicitud de seguro con todos los requisitos solicitados por la Compañía, si no es rechazada previamente. En caso de rechazo, la Compañía comunicará dicha decisión dentro de los 15 días siguientes de formulada la solicitud de seguro y completados todos los requisitos exigidos por la Compañía. La entrega de la(s) póliza(s) se realizará en la dirección electrónica consignada en el presente formato y/o se pondrá a disposición del Contratante/Asegurado a través del aplicativo "Mi Espacio Pacífico" ubicado en la página web de la Compañía. A efectos de garantizar la autenticidad e integridad de la(s) póliza(s) en caso de envío a través de la dirección electrónica, esta(s) contará(n) con la firma electrónica del representante de la Compañía y será(n) enviada(s), con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad.
- **Derecho de arrepentimiento:** Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la póliza o nota de cobertura provisional, el Contratante tendrá la facultad de resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima inicial que hubiese recibido 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.
- **Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):**
 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. 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. 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>. 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.° 774, de titularidad de PACÍFICO SEGUROS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú. 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>
 2. **AUTORIZACIONES PARA USOS ADICIONALES:** EL CLIENTE autoriza que PACÍFICO SEGUROS, de manera directa o a través de sus Encargados:
 - Le oferte cualquiera de nuestros productos de los ramos de Riesgos Generales o de Vida.
 - Le oferte cualquier otro producto o servicio de PACÍFICO SEGUROS o de sus empresas terceras.
 - A transferir su Información a empresas Credicorp (incluyendo subsidiarias, vinculadas y afiliadas) así como socios comerciales (Terceros), para que cada uno de ellos pueda ofertar sus productos o servicios.
- Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través del correo electrónico o teléfono proporcionados (domicilio contractual), salvo que en la Ley del Contrato de Seguro se establezca que la comunicación debe ser

escrita. Se considerarán como válidas para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas al correo electrónico o teléfono indicados en el presente documento o al último correo electrónico o teléfono comunicado a la Compañía o al «Entidad Financiera».

- El Contratante se compromete a informar a PACÍFICO SEGUROS, en un plazo máximo de 30 días calendario, si durante la vigencia del seguro se produce algún cambio de circunstancias y adquiere la nacionalidad, residencia y/o residencia fiscal de los EE.UU.
- Declaro conocer que al ser este seguro un beneficio para los clientes del «Entidad Financiera», el medio de pago autorizado debe pertenecer al «Entidad Financiera».

SEGURO NO OBLIGATORIO

Firma del Contratante

SEGURO NO OBLIGATORIO

Firma del Asegurado
(Si es distinto al Contratante)

Fecha de Venta: «dd/mm/aaaa»

Vendedor: «XXXXXX»

Agencia: «XXXXXX»

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
www.pacifico.com.pe

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

**PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES TEMPORAL
CON RETORNO DE PRIMAS**

SEGURO ACCIDENTES DEVOLUCIÓN TOTAL

RESUMEN

1. ¿Qué riesgos cubre?

Cubre el fallecimiento del Asegurado producido a consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional, siempre que la causa del fallecimiento accidental no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.

Adicionalmente, si se produce la terminación anticipada de la póliza o el Contratante mantuviera vigente la póliza durante todo el periodo de vigencia de la misma, podrá obtener el Retorno de Primas indicado en el acápite 5 de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Coberturas Adicionales (opcionales)

Solo aplicable si el Contratante adquirió alguna de estas coberturas adicionales, lo que figurará en las Condiciones Particulares:

a) Invalidez Total y Permanente por Accidente.

2. ¿Cuáles son las Exclusiones?

Las principales exclusiones de la cobertura de muerte accidental son las siguientes:

i) Guerra; actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole. (ii) Participación en acto delictuoso. (iii) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, si el Asegurado participa como elemento activo. (iv) La muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante o de un Beneficiario. (v) Estado etílico (vi) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas. (vii) Suicidio. (viii) La participación o práctica de los deportes riesgosos listados en el literal "i" de la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza. (ix) La participación, práctica o el desempeño de actividades, oficios o profesiones listados en el literal "j" de la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza. (x) La participación en

actos donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas. (xi) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta regular y sujeta a itinerario. (xii) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos y anestésicos. (xiii) Accidente Cerebro Vascular y Accidentes Médicos (xiv) Contaminación radioactiva o fisión y fusión nuclear.

El detalle de las exclusiones se establece en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales y en la Cláusula Cuarta de la Cláusula Adicional, en caso de haber sido contratada. Si el siniestro se produjera como consecuencia de alguno de dichos supuestos no se otorgará la cobertura del seguro.

3. ¿Cuál es la vigencia del seguro?

La vigencia de la presente póliza es la siguiente:

- Inicio: «dd/mm/aaaa»
- Fin: «dd/mm/aaaa»

4. ¿Cuál es el costo del seguro?

El detalle del costo correspondiente al presente seguro es el siguiente:

	Monto («Mon»)
Prima Comercial	«XX.XX»
IGV	«XX.XX»
Total	«XX.XX»

El pago de la prima antes indicada tiene una frecuencia «mensual/semestral/anual».

5. ¿Cuáles son los canales para obtener información sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro?

A fin de obtener información sobre el procedimiento para presentar una solicitud de cobertura puede enviar un correo electrónico a consultas.beneficios@pacificovida.com.pe; llamar a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000; o, ingresar a nuestra página web www.pacifico.com.pe. Los documentos que deben adjuntarse a la solicitud de cobertura se encuentran listados en la Cláusula Décimo Novena de las Condiciones Generales.

Ante el rechazo de la solicitud de cobertura de un siniestro, se podrá presentar un reclamo escrito dirigido a la propia Compañía o acudir gratuitamente a la Defensoría del Asegurado, entidad privada, cuyos principales datos son:

Web: www.defaseg.com.pe

Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 – Piso 9, San Isidro, Lima – Perú.

Telefax: 421-0614

6. ¿Cuáles son los canales de contacto de la Compañía?

Si tiene alguna consulta o requiere información adicional sobre su seguro puede ingresar a

nuestra página web: www.pacifico.com.pe; acercarse a nuestras oficinales de “Atención al Cliente” ubicadas en la Av. Juan de Arona 830, San Isidro; o, llamar a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000.

7. ¿Cómo se ejerce el Derecho de Arrepentimiento?

El Contratante podrá resolver el contrato sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza o nota de cobertura provisional. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros 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.

**PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES TEMPORAL
CON RETORNO DE PRIMAS**

SEGURO ACCIDENTES DEVOLUCIÓN TOTAL

SUMARIO

I. Condiciones Particulares

II. Condiciones Generales

1. Definiciones
2. De los documentos – Derecho de Arrepentimiento
3. Estructura de la póliza
4. Normas para la contratación de la póliza
5. Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado
6. Fecha de Inicio de Vigencia y Plazos de la Póliza
7. Descripción de la Cobertura – Muerte Accidental
8. Titular de esta Póliza
9. Edad
10. Primas
11. Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas
12. Rehabilitación
13. Opción para la Continuidad de las Condiciones del Seguro.
14. Resolución de la Póliza por parte del Contratante y Retorno de Primas
15. Terminación del Contrato
16. Exclusiones – Riesgos no Cubiertos
17. Beneficio Indemnizable o Suma Asegurada
18. Designación de Beneficiarios
19. Aviso de Sinistro – Procedimiento y Requisitos para presentar una Solicitud de Cobertura
20. Solicitud de Cobertura Fraudulenta
21. Modificación del Riesgo Asegurado
22. Pluralidad de Seguros
23. Duplicado de la Póliza y Copia
24. Impuestos, Tasas y Contribuciones
25. Domicilio y Comunicaciones
26. Prescripción
27. Mecanismo de Solución de Controversias
28. Modificación de la Póliza
29. Cesión de Derechos
30. Moneda del Contrato

III. Cláusulas Adicionales (Opcionales)

- a) Invalidez Total y Permanente por Accidente.