

SOLICITUD/CERTIFICADO N° XXXXX
SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA N° XXXXX
 (Código SBS N° VI2007410078 / VI2007410077)

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: _____

Domicilio Contractual: El domicilio contractual será, indistintamente, la dirección física y la dirección electrónica (correo), que se señalan a continuación:

a) Dirección Electrónica (Correo electrónico): _____

b) Dirección Física: Jr. _____ Av. _____ Calle _____ Otros _____ Nombre de la Vía: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Referencia: _____

Relación con el Contratante (Entidad Financiera): Cliente titular de un crédito.

Nro. de Solicitud de Crédito (En adelante el "CRÉDITO"): _____

Donde se mencione "la Compañía" se entenderá que se refiere a "El Pacífico Vida Compañía de Seguros y Reaseguros".

Completar sólo en caso de CRÉDITO mancomunado

Nombres y Apellidos completos del Cónyuge Asegurado: _____

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

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____

Se considerará como domicilio del Cónyuge Asegurado el mismo domicilio contractual del Asegurado Titular.

Cobertura del Saldo deudor por cada Asegurado:

a) Al XX% ☐ b) Al XX% ☐

2. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

COBERTURAS	CONDICIONES	EXCLUSIONES
Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.	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.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Para los efectos de esta cobertura, <u>únicamente</u> se considera invalidez: a) Paraplejía o Cuadriplejía por fractura 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.	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.
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Disminución física o intelectual, continua e ininterrumpida <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. <u>Periodo de carencia:</u> 6 meses contados a partir del desembolso del	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; salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo. 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

	crédito. Se cubrirá la invalidez a causa de una enfermedad diagnosticada con posterioridad a los 6 meses de inicio de vigencia de la cobertura del seguro.	denominados "Accidentes Médicos", como los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.
--	--	---

SUMA ASEGURADA: Saldo deudor del CRÉDITO concedido al Asegurado, existente al momento del fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se encuentre al día en sus pagos de conformidad con lo dispuesto en el acápite 4 del presente Certificado. En caso de Crédito Mancomunado, se cubrirá el porcentaje del saldo deudor indicado en el acápite 1 del presente Certificado. **El pago de cualquiera de estas coberturas determina la terminación de este seguro, respecto del Asegurado. El beneficiario de las coberturas otorgadas es el Contratante.**

Edades Límite y Sumas Aseguradas Máximas

Coberturas	Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona ^(*)	Edad Límite de	
		Ingreso	Permanencia
Vida (Muerte Natural o Accidental)	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Invalidez Total y Permanente por Accidente	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»

(*) El Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona aplica a todos los créditos asegurados que tenga una misma persona. El pago de la prima después de haber quedado sin efecto la cobertura, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a esa fecha.

Se solicitará Declaración de Salud y/o exámenes médicos en caso el(los) Crédito(s) en vigencia supere(n) los «XXX» y en otros casos en que se considere necesario. Para dichos casos la cobertura estará supeditada a la aprobación expresa de la Compañía.

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.

3. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde que el Contratante efectúe el desembolso del CRÉDITO. Sin embargo, tratándose de Créditos que superen los «XXX», el inicio de vigencia quedará sujeto a que la Compañía evalúe la Declaración de Salud presentada por el Asegurado y/o Exámenes Médicos que le sean requeridos y de su conformidad por escrito, dentro de los quince (15) días siguientes de completada dicha información adicional.
- **Fin de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro finalizarán a las 23:59 horas del último día de la vigencia original del CRÉDITO.

Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre **vigente** la póliza del presente seguro; (ii) se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; (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:

«XXX»% aplicable al saldo deudor «insoluto / promedio diario». La prima incluye las comisiones por comercialización del seguro. La prima no incluye IGV. En la actualidad, las pólizas de vida están inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú. La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota del CRÉDITO, según el cronograma del mismo. Los pagos efectuados por el Asegurado a la Entidad Financiera se

consideran abonados a la Compañía. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguros por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. En todo caso, transcurridos noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 2 del presente Certificado.

5. RENOVACIÓN Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA:

La póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado tiene una vigencia anual renovable automáticamente en las mismas condiciones, salvo que la Compañía y/o el Contratante comuniquen las modificaciones con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. **El Asegurado tendrá un plazo de 30 días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía.**

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

6. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

La póliza en virtud de la cual se emite el presente seguro podrá resolverse por solicitud escrita del Contratante sin expresión de causa 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 presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados. El Contratante deberá informar la resolución o extinción de la póliza a los Asegurados.

Adicionalmente, este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado: (i) Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión de la Solicitud-Certificado efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable; (ii) 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; (iii) Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (iv) 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. Se deja constancia que es responsabilidad del Asegurado dar aviso previo a la Entidad Financiera Comercializadora y que tiene conocimiento de los efectos de su decisión sobre el Crédito Asegurado.

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 el Asegurado supere la Edad Límite de Permanencia aplicable a la cobertura principal del presente seguro indicada en el acápite 2 del presente Certificado; (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran 90 días calendario desde la fecha establecida para realizar el pago; y, (iv) Cuando se produzca la cancelación del CRÉDITO o el término de su plazo.

Salvo en caso de fallecimiento del Asegurado, como consecuencia de los supuestos de resolución o extinción antes listados, terminará la cobertura respecto de cada Asegurado, perdiendo éste y sus respectivos beneficiarios todo derecho indemnizatorio bajo la presente póliza y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro.

Se deja expresa constancia que, en caso de resolución o extinción de la póliza o de la Solicitud-Certificado; la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido. Para estos efectos, el Asegurado deberá solicitar por escrito ante la Compañía o el Contratante la devolución correspondiente. En caso la resolución sea efectuada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte del Asegurado, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente 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 el seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos: (i) Si, al momento de la contratación del seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro. (ii) Si se comprobare que el Asegurado superaba la "Edad Límite de Ingreso" a la fecha de adquisición del 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 literales (ii), (iii) o (iv) precedentes, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, sin intereses. 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.

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

El Beneficiario deberá informar por escrito a la Compañía la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro o a la fecha en la cual toma conocimiento de la existencia del beneficio. Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial de la siguiente documentación, según se trate de:

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. (5) Declaración de saldos y cronograma por parte del Contratante.	(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. (5) Declaración de saldos y cronograma de pagos por parte del Contratante. En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes: (6) Partida de defunción o acta de defunción. (7) Certificado médico de defunción completo. (8) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (9) 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.

Dentro de los 30 días siguientes a la recepción de toda la documentación exigida o del Periodo de Observación, en caso de corresponder, la Compañía determinará si la solicitud de cobertura es procedente. En los primeros 20 días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculados al siniestro, que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

8. CONSULTAS O RECLAMOS:

A fin e obtener mayor información sobre el procedimiento para presentar una solicitud de cobertura o 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 513-5000 o acercarse a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro.

9. 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.

10. 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.pacificoseguros.com) el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007410077 (Nuevos Soles) VI2007410078 (Dólares Americanos), el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe). En particular declaro conocer que el

seguro se renovará anual y automáticamente, en las mismas condiciones, salvo que la Compañía 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. 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.

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

- 5.1 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.
- 5.2 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.
- 5.3 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>.
- 5.4 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.° 774, de titularidad de PACÍFICO SEGUROS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú.
- 5.5 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>

Mediante la firma del presente documento, acepto afiliarme a la Póliza Grupal "Seguro de Desgravamen" N° «XXXXX» emitida por la Compañía y contratada por «XXXXX» (en adelante 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 y la Solicitud en un solo formato.**

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro a 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 Contratante con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento 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 Asegurado o sus beneficiarios al Contratante con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Fecha de emisión

Oficina

Matrícula vendedor

Firma del Asegurado:

Firma del Cónyuge Asegurado



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Funcionario
PACÍFICO SEGUROS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Funcionario
PACÍFICO SEGUROS

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 «XXXXXXX» / Teléfono: «XXXXXX»
«XXXXXX»
Dirección «XXXXXX»

SOLICITUD/CERTIFICADO N° XXXXX
SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA N° XXXXX
(Código SBS N° VI2007410078 / VI2007410077)

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: _____

Domicilio Contractual: El domicilio contractual será, indistintamente, la dirección física y la dirección electrónica (correo), que se señalan a continuación:

a) Dirección Electrónica (Correo electrónico): _____
b) Dirección Física: Jr. _____ Av. _____ Calle _____ Otros _____ Nombre de la Vía: _____
Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
Referencia: _____

Relación con el Contratante (Entidad Financiera): Cliente titular de un crédito.

Nro. de Solicitud de Crédito (En adelante el "CRÉDITO"): _____

Donde se mencione "la Compañía" se entenderá que se refiere a "Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros".

Completar sólo en caso de CRÉDITO mancomunado

Nombres y Apellidos completos del Cónyuge Asegurado: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____

Se considerará como domicilio del Cónyuge Asegurado el mismo domicilio contractual del Asegurado Titular.

Cobertura del Saldo deudor por cada Asegurado:

a) Al XX% ☐

b) Al XX% ☐

2. INFORMACIÓN DEL CRÉDITO (Llenado por «Nombre de la Entidad Financiera»)

Nro. de Solicitud de Crédito (En adelante el "CRÉDITO"): _____

Moneda: Soles () Dólares () Monto: _____ Plazo (meses): _____

Posición deudora ante «Nombre de la Entidad Financiera» (*)

	En Dólares	En Soles	TOTAL (en «Moneda»)
ASEGURADO 1			
ASEGURADO 2			

(*) La posición deudora incluye (i) todos los créditos que el(los) Asegurado(s) mantiene(n) vigentes ante «Nombre de la Entidad Financiera» a la fecha de firma del presente documento y (ii) el CRÉDITO solicitado.

3. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS	CONDICIONES	EXCLUSIONES
Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.	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.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Cobertura adicional. Para los efectos de esta cobertura, únicamente se considera invalidez: a) Paraplejía o Cuadriplejía por fractura 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	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.

	pies; (iv) una mano y un pie.	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.
Invalidéz Total y Permanente por Enfermedad	<p>Disminución física o intelectual, continua e ininterrumpida <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.</p> <p><u>Periodo de carencia:</u> 6 meses contados a partir del desembolso del crédito. Se cubrirá la invalidez a causa de una enfermedad diagnosticada con posterioridad a los 6 meses de inicio de vigencia de la cobertura del seguro.</p>	<p>g) SIDA/VIH.</p> <p>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; salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo.</p> <p>i) La participación del Asegurado en actos temerarios, entendidos como aquellos actos o actividades que pongan en grave peligro su vida e integridad física.</p> <p>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.</p>

SUMA ASEGURADA: Saldo deudor del CRÉDITO concedido al Asegurado, existente al momento del fallecimiento o configuración de la Invalidéz Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se encuentre al día en sus pagos de conformidad con lo dispuesto en el acápite 5 del presente Certificado. En caso de Crédito Mancomunado, se cubrirá el porcentaje del saldo deudor indicado en el acápite 1 del presente Certificado. **El pago de cualquiera de estas coberturas determina la terminación de este seguro, respecto del Asegurado. El beneficiario de las coberturas otorgadas es el Contratante.**

Edades Límite y Sumas Aseguradas Máximas

Coberturas	Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona(*)	Edad Límite de	
		Ingreso	Permanencia
Vida (Muerte Natural o Accidental)	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Invalidéz Total y Permanente por Accidente	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Invalidéz Total y Permanente por Enfermedad	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»

(*) El Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona aplica a todos los créditos asegurados que tenga una misma persona. El pago de la prima después de haber quedado sin efecto la cobertura, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a esa fecha. Se solicitará Declaración de Salud y/o exámenes médicos en caso el(los) Crédito(s) en vigencia supere(n) los «XXX» y en otros casos en que se considere necesario. Para dichos casos la cobertura estará supeditada a la aprobación expresa de la Compañía.

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.

4. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde que el Contratante efectúe el desembolso del CRÉDITO. Sin embargo, tratándose de Créditos que superen los «XXX», el inicio de vigencia quedará sujeto a que la Compañía evalúe la Declaración de Salud presentada por el Asegurado y/o Exámenes Médicos que le sean requeridos y de su conformidad por escrito, dentro de los quince (15) días siguientes de completada dicha información adicional.

- **Fin de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro finalizarán a las 23:59 horas del último día de la vigencia original del CRÉDITO.

Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre **vigente** la póliza del presente seguro; (ii) se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; (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.

5. PRIMA COMERCIAL:

«XXX»% aplicable al saldo deudor «insoluto / promedio diario». La prima incluye las comisiones por comercialización del seguro. La prima no incluye IGV. En la actualidad, las pólizas de vida están inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú. La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota del CRÉDITO, según el cronograma del mismo. Los pagos efectuados por el Asegurado a la Entidad Financiera se consideran abonados a la Compañía. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguros por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. En todo caso, transcurridos noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 3 del presente Certificado.

6. RENOVACIÓN Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA:

La póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado tiene una vigencia anual renovable automáticamente en las mismas condiciones, salvo que la Compañía y/o el Contratante comuniquen las modificaciones con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. **El Asegurado tendrá un plazo de 30 días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía.**

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

7. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

La póliza en virtud de la cual se emite el presente seguro podrá resolverse por solicitud escrita del Contratante sin expresión de causa 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 presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados. El Contratante deberá informar la resolución o extinción de la póliza a los Asegurados.

Adicionalmente, este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado: (i) Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión de la Solicitud-Certificado efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable; (ii) 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; (iii) Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (iv) 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. Se deja constancia que es responsabilidad del Asegurado dar aviso previo a la Entidad Financiera Comercializadora y que tiene conocimiento de los efectos de su decisión sobre el Crédito Asegurado.

Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado: (i) Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso se podrá presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en el presente seguro; (ii) Cuando el Asegurado supere la Edad Límite de Permanencia aplicable a la cobertura principal del presente seguro indicada en el acápite 3 del presente Certificado; (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran 90 días calendario desde la fecha establecida para realizar el pago; y, (iv) Cuando se produzca la cancelación del CRÉDITO o el término de su plazo.

Salvo en caso de fallecimiento del Asegurado, como consecuencia de los supuestos de resolución o extinción antes listados, terminará la cobertura respecto de cada Asegurado, perdiendo éste y sus respectivos beneficiarios todo derecho indemnizatorio bajo la presente póliza y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro. Se deja expresa constancia que, en caso de resolución o extinción de la póliza o de la Solicitud-Certificado; la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido. Para estos efectos, el Asegurado deberá solicitar por escrito ante la Compañía o el Contratante la devolución correspondiente. En caso la resolución sea efectuada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte del Asegurado, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente 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 el seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos: (i) Si, al momento de la contratación del seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro. (ii) Si se comprobare que el Asegurado superaba la "Edad Límite de Ingreso" a la fecha de adquisición del 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 literales (ii), (iii) o (iv) precedentes, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, sin intereses. 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.

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

El Beneficiario deberá informar por escrito a la Compañía la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro o a la fecha en la cual toma conocimiento de la existencia del beneficio. Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial de la siguiente documentación, según se trate de:

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. (5) Declaración de saldos y cronograma por parte del Contratante.	(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. (5) Declaración de saldos y cronograma de pagos por parte del contratante. En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes: (6) Partida de defunción o acta de defunción. (7) Certificado médico de defunción completo. (8) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (9) 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.

Dentro de los 30 días siguientes a la recepción de toda la documentación exigida o del Periodo de Observación, en caso de corresponder, la Compañía determinará si la solicitud de cobertura es procedente. En los primeros 20 días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculados al siniestro, que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

9. 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 513-5000 o acercarse a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro.

10. 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.

11. 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.pacificoseguros.com) el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007410077 (Nuevos Soles) VI2007410078 (Dólares Americanos), el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe). En particular declaro conocer que **el seguro se renovará anual y automáticamente, en las mismas condiciones, salvo que la Compañía 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. 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.
5. **Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):**
 - 5.1 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.
 - 5.2 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.
 - 5.3 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>.
 - 5.4 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.° 774, de titularidad de PACÍFICO SEGUROS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú.
 - 5.5 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>

Mediante la firma digital del presente documento, acepto afiliarme a la Póliza Grupal "Seguro de Desgravamen" N° «XXXXX» emitida por la Compañía y contratada por «XXXXX» (en adelante la "Entidad Financiera"), por lo que declaro conocer que me encuentro protegido dentro de los límites de las coberturas y exclusiones indicadas líneas arriba. La Compañía entregará la presente Solicitud/Certificado dentro de un plazo máximo de 15 días calendario de haberse suscrito digitalmente. Para estos efectos, autorizo a la Compañía a que realice la entrega de la Solicitud/Certificado, en la dirección electrónica consignada en el presente documento y declaro expresamente: (i) haber sido informado sobre la forma, procedimiento, ventajas y posibles riesgos asociados al envío de la Solicitud/Certificado por medios electrónicos; (ii) tener conocimiento sobre las medidas de

seguridad que me corresponde aplicar; (iii) conocer que se confirmará la recepción de la Solicitud/Certificado a través de un sistema informático que verifica si el correo electrónico enviado llegó a la bandeja de entrada de mi dirección electrónica; y, (iv) aceptar que, a efectos de garantizar la autenticidad e integridad de la Solicitud/Certificado, contará con la firma electrónica de los representantes de la Compañía y será enviada con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podré acceder digitando el número de mi documento de Identidad.

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro a 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 Contratante con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento 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 Asegurado o sus beneficiarios al Contratante con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Fecha de emisión

--	--	--	--

Firma del Asegurado:

Oficina

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

Matrícula vendedor

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

Firma del Cónyuge Asegurado



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**Funcionario
PACÍFICO SEGUROS**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**Funcionario
PACÍFICO SEGUROS**

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 «XXXXXXX» / Teléfono: «XXXXXXX»
«XXXXXXX»
Dirección «XXXXXXX»

SOLICITUD/CERTIFICADO N° XXXXX
SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA N° XXXXX
(Código SBS N° VI2007410078 / VI2007410077)

1. DATOS DEL(DE LOS) ASEGURADO(S):

ASEGURADO 1:

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ N°
Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____
Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Conviviente ☐
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____
Actividad que desempeña: _____
Ingreso Anual US\$: _____
Porcentaje de la Suma Asegurada cubierto: _____

ASEGURADO 2:

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ N°
Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____
Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Conviviente ☐
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____
Actividad que desempeña: _____
Ingreso Anual US\$: _____
Porcentaje de la Suma Asegurada cubierto: _____

ASEGURADO 3:

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ N°
Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____
Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Conviviente ☐
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____
Actividad que desempeña: _____
Ingreso Anual US\$: _____
Porcentaje de la Suma Asegurada cubierto: _____

DOMICILIO CONTRACTUAL: El domicilio contractual será, indistintamente, la dirección física y la dirección electrónica (correo), que se señalan a continuación:

a) Dirección Electrónica (Correo electrónico): _____
b) Dirección Física: Jr. ____ Av. ____ Calle ____ Otros ____ Nombre de la Vía: _____
Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
Referencia: _____

Relación con el Contratante (Entidad Financiera): Accionista y/o Socio.

Donde se mencione "la Compañía" se entenderá que se refiere a "Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros".

2. INFORMACIÓN DEL CRÉDITO (Llenado por «Nombre de la Entidad Financiera»)

Nro. de Solicitud de Crédito (En adelante el "CRÉDITO"): _____
Moneda: Soles () Dólares () Monto: _____ Plazo (meses): _____

Posición deudora ante «Nombre de la Entidad Financiera» (*)

	En Dólares	En Soles	TOTAL (en «Moneda»)
ASEGURADO 1			
ASEGURADO 2			

ASEGURADO 3			
-------------	--	--	--

(*) La posición deudora incluye (i) todos los créditos que el(los) Asegurado(s) mantiene(n) vigentes ante «Nombre de la Entidad Financiera» a la fecha de firma del presente documento y (ii) el CRÉDITO solicitado.

3. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS	CONDICIONES	EXCLUSIONES
Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.	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.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Para los efectos de esta cobertura, <u>únicamente</u> se considera invalidez: a) Paraplejía o Cuadriplejía por fractura 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.	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.
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Disminución física o intelectual, continua e ininterrumpida <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. <u>Periodo de carencia: 6 meses</u> contados a partir del desembolso del crédito. Se cubrirá la invalidez a causa de una enfermedad diagnosticada con posterioridad a los 6 meses de inicio de vigencia de la cobertura del seguro.	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; salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo. 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.

SUMA ASEGURADA: Saldo deudor del CRÉDITO concedido al Asegurado, existente al momento del fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se encuentre al día en sus pagos de conformidad con lo dispuesto en el acápite 5 del presente Certificado. En caso de Crédito Mancomunado, se cubrirá el porcentaje del saldo deudor indicado en el acápite 1 del presente Certificado. **El pago de cualquiera de estas coberturas determina la terminación de este seguro, respecto del Asegurado. El beneficiario de las coberturas otorgadas es el Contratante.**

Edades Límite y Sumas Aseguradas Máximas

Coberturas	Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona(*)	Edad Límite de	
		Ingreso	Permanencia
Vida (Muerte Natural o Accidental)	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Invalidez Total y Permanente por Accidente	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»

(*) El Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona aplica a todos los créditos asegurados que tenga una misma persona. El pago de la prima después de haber quedado sin efecto la cobertura, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a esa fecha.
Se solicitará Declaración de Salud y/o exámenes médicos en caso el(los) Crédito(s) en vigencia supere(n) los «XXX» y en otros casos en que se considere necesario. Para dichos casos la cobertura estará supeditada a la aprobación expresa de la Compañía.

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.

4. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde que el Contratante efectúe el desembolso del CRÉDITO. Sin embargo, tratándose de Créditos que superen los «XXX», el inicio de vigencia quedará sujeto a que la Compañía evalúe la Declaración de Salud presentada por el Asegurado y/o Exámenes Médicos que le sean requeridos y de su conformidad por escrito, dentro de los quince (15) días siguientes de completada dicha información adicional.
- **Fin de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro finalizarán a las 23:59 horas del último día de la vigencia original del CRÉDITO.

Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre **vigente** la póliza del presente seguro; (ii) se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; (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.

5. PRIMA COMERCIAL:

«XXX»% aplicable al saldo deudor «insoluto / promedio diario». La prima incluye las comisiones por comercialización del seguro. La prima no incluye IGV. En la actualidad, las pólizas de vida están inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú. La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota del CRÉDITO, según el cronograma del mismo. Los pagos efectuados por el Asegurado a la Entidad Financiera se consideran abonados a la Compañía. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguros por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. En todo caso, transcurridos noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 3 del presente Certificado.

6. RENOVACIÓN Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA:

La póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado tiene una vigencia anual renovable automáticamente en las mismas condiciones, salvo que la Compañía y/o el Contratante comuniquen las modificaciones con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. **El Asegurado tendrá un plazo de 30 días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía.**

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

7. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

La póliza en virtud de la cual se emite el presente seguro podrá resolverse por solicitud escrita del Contratante sin expresión de causa 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 presente póliza,

terminarán las coberturas de todos los Asegurados. El Contratante deberá informar la resolución o extinción de la póliza a los Asegurados.

Adicionalmente, este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado: (i) Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión de la Solicitud-Certificado efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable; (ii) 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; (iii) Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (iv) 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. Se deja constancia que es responsabilidad del Asegurado dar aviso previo a la Entidad Financiera Comercializadora y que tiene conocimiento de los efectos de su decisión sobre el Crédito Asegurado.

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 el Asegurado supere la Edad Límite de Permanencia aplicable a la cobertura principal del presente seguro indicada en el acápite 3 del presente Certificado; (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran 90 días calendario desde la fecha establecida para realizar el pago; y, (iv) Cuando se produzca la cancelación del CRÉDITO o el término de su plazo.

Salvo en caso de fallecimiento del Asegurado, como consecuencia de los supuestos de resolución o extinción antes listados, terminará la cobertura respecto de cada Asegurado, perdiendo éste y sus respectivos beneficiarios todo derecho indemnizatorio bajo la presente póliza y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro.

Se deja expresa constancia que, en caso de resolución o extinción de la póliza o de la Solicitud-Certificado; la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido. Para estos efectos, el Asegurado deberá solicitar por escrito ante la Compañía o el Contratante la devolución correspondiente. En caso la resolución sea efectuada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte del Asegurado, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente 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 el seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos: (i) Si, al momento de la contratación del seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro. (ii) Si se comprobare que el Asegurado superaba la "Edad Límite de Ingreso" a la fecha de adquisición del 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 literales (ii), (iii) o (iv) precedentes, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, sin intereses. 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.

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

El Beneficiario deberá informar por escrito a la Compañía la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro o a la fecha en la cual toma conocimiento de la existencia del beneficio. Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial de la siguiente documentación, según se trate de:

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,	(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. (5) Declaración de saldos y cronograma de pagos por parte del Contratante. En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes:	(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

foliada y fedateada. (5) Declaración de saldos y cronograma por parte del Contratante.	(6) Partida de defunción o acta de defunción. (7) Certificado médico de defunción completo. (8) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (9) Protocolo de Necropsia Completo, según corresponda.	Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP. (2) Historia Clínica completa, foleada y fedateada.
--	--	--

Dentro de los 30 días siguientes a la recepción de toda la documentación exigida o del Periodo de Observación, en caso de corresponder, la Compañía determinará si la solicitud de cobertura es procedente. En los primeros 20 días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculados al siniestro, que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

9. 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 513-5000 o acercarse a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro.

10. 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.

11. 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.pacificoseguros.com) el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007410077 (Nuevos Soles) VI2007410078 (Dólares Americanos), el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe). En particular declaro conocer que **el seguro se renovará anual y automáticamente, en las mismas condiciones, salvo que la Compañía 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. **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.**
5. **Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):**
 - 5.1 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.
 - 5.2 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.

- 5.3 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>.
- 5.4 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.
- 5.5 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>

Mediante la firma del presente documento, acepto afiliarme a la Póliza Grupal "Seguro de Desgravamen" N° «XXXXX» emitida por la Compañía y contratada por «XXXXX» (en adelante 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 y la Solicitud en un solo formato.**

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro a 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 Contratante con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento 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 Asegurado o sus beneficiarios al Contratante con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Fecha de emisión

--	--	--	--

Firma del Asegurado:

Oficina

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

Matrícula vendedor

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

Firma del Cónyuge Asegurado



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**Funcionario
PACÍFICO SEGUROS**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**Funcionario
PACÍFICO SEGUROS**

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»

SOLICITUD N° XXXXX
SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA N° XXXXX
(Código SBS N° VI2007410078 / VI2007410077)

1. DATOS DEL ASEGURADO (Titular 1):

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: _____

Domicilio Contractual: El domicilio contractual será, indistintamente, la dirección física y la dirección electrónica (correo), que se señalan a continuación:

a) Dirección Electrónica (Correo electrónico): _____
b) Dirección Física: Jr. ____ Av. ____ Calle ____ Otros ____ Nombre de la Vía: _____
Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
Referencia: _____

Relación con el Contratante (Entidad Financiera): Cliente titular de un crédito.

Nro. de Solicitud de Crédito (En adelante el "CRÉDITO"): _____

Donde se mencione "la Compañía" se entenderá que se refiere a "Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros".

Completar sólo en caso de CRÉDITO mancomunado

Nombres y Apellidos completos del Cónyuge Asegurado (Titular 2): _____

Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____

Se considerará como domicilio del Cónyuge Asegurado el mismo domicilio contractual del Asegurado Titular.

Cobertura del Saldo deudor por cada Asegurado:

a) Al 100% ☐ b) Al 50% ☐

2. INFORMACIÓN DEL CRÉDITO (Llenado por «Nombre de la Entidad Financiera»)

Nro. de Solicitud de Crédito (En adelante el "CRÉDITO"): _____

Moneda: Soles () Dólares () Monto: _____ Plazo (meses): _____

Posición deudora ante «Nombre de la Entidad Financiera» (*)

	En Dólares	En Soles	TOTAL (en «Moneda»)
ASEGURADO 1			
ASEGURADO 2			
ASEGURADO 3			

(*) La posición deudora incluye (i) todos los créditos que el(los) Asegurado(s) mantiene(n) vigentes ante «Nombre de la Entidad Financiera» a la fecha de firma del presente documento y (ii) el CRÉDITO solicitado.

3. DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO (Llenar solo si su posición deudora es mayor a <Moneda> XXX.XX)

	Titular 1		Titular 2	
1. Indique <ul style="list-style-type: none">¿Cuál es su estatura?¿Cuál es su peso?	.....m.	.....m.	.....m.	.....m.
	.....kg.	.....kg.	.....kg.	.....kg.
2. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad física o mental; o, padece de algún impedimento o afectación física?	SI	NO	SI	NO
3. ¿Se le ha diagnosticado o se encuentra a la espera de un examen médico relacionado con las siguientes enfermedades?: infarto o enfermedad coronaria, arritmia, insuficiencia cardíaca, soplos cardíacos, hipertensión arterial, enfermedad cerebro-vascular, diabetes, enfermedad de la tiroides, lupus, enfermedad pulmonar, enfermedad mental, enfermedades neurológicas, epilepsia, esclerosis múltiple, gota, hepatitis B o C, cirrosis hepática, insuficiencia renal, infección por VIH o SIDA, enfermedades de la sangre, alcoholismo o drogadicción?	SI	NO	SI	NO
4. ¿En los últimos XX meses, le han realizado algún tratamiento médico o intervención quirúrgica?	SI	NO	SI	NO
5. ¿Le han diagnosticado cáncer o le han detectado algún tumor?	SI	NO	SI	NO
6. ¿Practica alguna actividad o deporte peligroso, en el cual está continuamente expuesto a riesgo de altura, quemaduras, golpes, cortes y/o amputaciones?	SI	NO	SI	NO

7. ¿Le han diagnosticado Covid-19, tiene alguno de los síntomas propios de este padecimiento, o ha estado en contacto con alguna persona que haya tenido esta enfermedad?	SI	NO	SI	NO
8. ¿Fuma más de XX cigarros diarios en promedio? En caso afirmativo mencione la cantidad diaria aproximada: T1: _____ | T2: _____	SI	NO	SI	NO

En caso de marcar **SI** en las preguntas 2-8, completar el siguiente cuadro o adjuntar documentos especificando la razón y/o resultado médico.

Titular	Enfermedad/Dolencia/Actividad/Deportes/Hobby/Otros	Fecha de Ocurrencia/Inicio	Situación Actual
1 2			
1 2			
1 2			
1 2			

4. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS	CONDICIONES	EXCLUSIONES
Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.	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; salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo. 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.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Para los efectos de esta cobertura, <u>únicamente</u> se considera invalidez: a) Paraplejía o Cuadriplejía por fractura 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.	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Disminución física o intelectual, continua e ininterrumpida <u>durante más de 6 meses</u> (Periodo de Observación), <u>igual o superior a los 2/3</u> 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. <u>Periodo de carencia: 6 meses</u> contados a partir del desembolso del crédito. Se cubrirá la invalidez a causa de una enfermedad diagnosticada con posterioridad a los 6 meses de inicio de vigencia de la cobertura del seguro.	

SUMA ASEGURADA: Saldo deudor del CRÉDITO concedido al Asegurado, existente al momento del fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se encuentre al día en sus pagos de conformidad con lo dispuesto en el acápite 6 del presente documento. En caso de Crédito Mancomunado, se cubrirá el porcentaje del saldo deudor indicado en el acápite 1 del presente documento. **El pago de cualquiera de estas coberturas determina la terminación de este seguro, respecto del Asegurado. El beneficiario de las coberturas otorgadas es el Contratante.**

Edades Límite y Sumas Aseguradas Máximas

Coberturas	Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona(*)	Edad Límite de	
		Ingreso	Permanencia
Vida (Muerte Natural o Accidental)	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Invalidez Total y Permanente por Accidente	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»

(*) El Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona aplica a todos los créditos asegurados que tenga una misma persona. El pago de la prima después de haber quedado sin efecto la cobertura, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a esa fecha.

Se solicitará Declaración de Salud y/o exámenes médicos en caso el(los) Crédito(s) en vigencia supere(n) los «XXX» y en otros casos en que se considere necesario. Para dichos casos la cobertura estará supeditada a la aprobación expresa de la Compañía.

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.

5. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde que el Contratante efectúe el desembolso del CRÉDITO. Sin embargo, tratándose de Créditos que superen los «XXX», el inicio de vigencia quedará sujeto a que la Compañía evalúe la Declaración de Salud presentada por el Asegurado y/o Exámenes Médicos que le sean requeridos y de su conformidad por escrito, dentro de los quince (15) días siguientes de completada dicha información adicional.
- **Fin de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro finalizarán a las 23:59 horas del último día de la vigencia original del CRÉDITO.

Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre **vigente** la póliza del presente seguro; (ii) se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; (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.

6. PRIMA COMERCIAL:

«XXX»% **aplicable al saldo deudor «insoluto / promedio diario».** La prima incluye las comisiones por comercialización del seguro. La prima no incluye IGV. En la actualidad, las pólizas de vida están inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú. La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota del CRÉDITO, según el cronograma del mismo. Los pagos efectuados por el Asegurado a la Entidad Financiera se consideran abonados a la Compañía. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguros por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. En todo caso, transcurridos noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 4 del presente documento.

7. 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.pacificoseguros.com) el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007410077 (Nuevos Soles) VI2007410078 (Dólares Americanos), el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe). En particular declaro conocer que **el seguro se renovará anual y automáticamente, en las mismas condiciones, salvo que la Compañía comunique al Contratante las modificaciones con por lo menos 45 días de anticipación.** 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. En caso de siniestro, 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. 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 parte de 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.

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

- 5.1** 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.
- 5.2** 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.
- 5.3** 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>.
- 5.4** 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.
- 5.5** 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>

Mediante la firma del presente documento, acepto afiliarme a la Póliza Grupal "Seguro de Desgravamen" N° «XXXXX» emitida por la Compañía y contratada por «XXXXX» (en adelante la "Entidad Financiera"), por lo que declaro conocer que me encuentro protegido dentro de los límites de las coberturas y exclusiones indicadas líneas arriba. Dentro de los 15 días siguientes de presentada la solicitud de seguro y completada la información y/o requisitos adicionales, la Compañía entregará el Certificado de Seguro o comunicará el rechazo de la solicitud a través del domicilio contractual del Contratante. Para asegurar la integridad y autenticidad del Certificado, en caso la entrega se realice a través de correo electrónico, este contará con la firma electrónica del representante de la Compañía y será enviada con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad.

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro a 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 Contratante con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento 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 Asegurado o sus beneficiarios al Contratante con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Fecha de emisión

--	--	--	--

Oficina

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

Matrícula vendedor

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

Firma del Asegurado:

SEGURO NO OBLIGATORIO

Firma del Cónyuge Asegurado

SEGURO NO OBLIGATORIO

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»

SOLICITUD N° XXXXX
SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA N° XXXXX
(Código SBS N° VI2007410078 / VI2007410077)

1. DATOS DEL(DE LOS) ASEGURADO(S):

ASEGURADO 1:

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ N°
Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____
Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Conviviente ☐
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____
Actividad que desempeña: _____
Ingreso Anual US\$: _____
Porcentaje de la Suma Asegurada cubierto: _____

ASEGURADO 2:

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ N°
Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____
Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Conviviente ☐
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____
Actividad que desempeña: _____
Ingreso Anual US\$: _____
Porcentaje de la Suma Asegurada cubierto: _____

ASEGURADO 3:

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ N°
Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____
Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Conviviente ☐
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____
Actividad que desempeña: _____
Ingreso Anual US\$: _____
Porcentaje de la Suma Asegurada cubierto: _____

DOMICILIO CONTRACTUAL: El domicilio contractual será, indistintamente, la dirección física y la dirección electrónica (correo), que se señalan a continuación:

a) Dirección Electrónica (Correo electrónico): _____
b) Dirección Física: Jr. ____ Av. ____ Calle ____ Otros ____ Nombre de la Vía: _____
Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
Referencia: _____

Relación con el Contratante (Entidad Financiera): Accionista y/o Socio.

Donde se mencione "la Compañía" se entenderá que se refiere a "Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros".

2. INFORMACIÓN DEL CRÉDITO (Llenado por «Nombre de la Entidad Financiera»)

Nro. de Solicitud de Crédito (En adelante el "CRÉDITO"): _____
Moneda: Soles () Dólares () Monto: _____ Plazo (meses): _____

Posición deudora ante «Nombre de la Entidad Financiera» (*)

	En Dólares	En Soles	TOTAL (en «Moneda»)
ASEGURADO 1			
ASEGURADO 2			
ASEGURADO 3			

(*) La posición deudora incluye (i) todos los créditos que el(los) Asegurado(s) mantiene(n) vigentes ante «Nombre de la Entidad Financiera» a la fecha de firma del presente documento y (ii) el CRÉDITO solicitado.

3. DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO (Llenar solo si su posición deudora es mayor a <Moneda> XXX.XX)

	Titular 1	Titular 2	Titular 3
1. Indique			

<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es su estatura? ¿Cuál es su peso?	.....m. kg.	.....m. kg.	.....m. kg.			
2. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad física o mental o padece de algún impedimento o afectación física?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
3. ¿Se le ha diagnosticado o se encuentra a la espera de un examen médico relacionado con las siguientes enfermedades?: infarto o enfermedad coronaria, arritmia, insuficiencia cardíaca, soplos cardíacos, hipertensión arterial, enfermedad cerebro-vascular, diabetes, enfermedad de la tiroides, lupus, enfermedad pulmonar, enfermedad mental, enfermedades neurológicas, epilepsia, esclerosis múltiple, gota, hepatitis B o C, cirrosis hepática, insuficiencia renal, infección por VIH o SIDA, enfermedades de la sangre, alcoholismo o drogadicción?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
4. ¿En los últimos XX meses, le han realizado algún tratamiento médico o intervención quirúrgica?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
5. ¿Le han diagnosticado cáncer o le han detectado algún tumor?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
6. ¿Practica alguna actividad o deporte peligroso, en el cual está continuamente expuesto a riesgo de altura, quemaduras, golpes, cortes y/o amputaciones?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
7. ¿Le han diagnosticado Covid-19, tiene alguno de los síntomas propios de este padecimiento, o ha estado en contacto con alguna persona que haya tenido esta enfermedad?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
8. ¿Fuma más de XX cigarros diarios en promedio? En caso afirmativo mencione la cantidad diaria aproximada: T1: _____ | T2: _____ | T3: _____	SI	NO	SI	NO	SI	NO

En caso de marcar **SI** en las preguntas 2-8, completar el siguiente cuadro o adjuntar documentos especificando la razón y/o resultado médico.

Titular			Enfermedad/Dolencia/Actividad/Deportes/Hobby/Otros	Fecha de Ocurrencia/Inicio	Situación Actual
1	2	3			
1	2	3			
1	2	3			
1	2	3			

4. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

COBERTURAS	CONDICIONES	EXCLUSIONES
Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.	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.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Para los efectos de esta cobertura, <u>únicamente</u> se considera invalidez: a) Paraplejía o Cuadriplejía por fractura 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.	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.
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Disminución física o intelectual, continua e ininterrumpida <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. <u>Periodo de carencia: 6 meses</u> contados a partir del desembolso del	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; salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo. 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

	crédito. Se cubrirá la invalidez a causa de una enfermedad diagnosticada con posterioridad a los 6 meses de inicio de vigencia de la cobertura del seguro.	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.
--	--	--

SUMA ASEGURADA: Saldo deudor del CRÉDITO concedido al Asegurado, existente al momento del fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se encuentre al día en sus pagos de conformidad con lo dispuesto en el acápite 6 del presente documento. En caso de Crédito Mancomunado, se cubrirá el porcentaje del saldo deudor indicado en el acápite 1 del presente documento. **El pago de cualquiera de estas coberturas determina la terminación de este seguro, respecto del Asegurado. El beneficiario de las coberturas otorgadas es el Contratante.**

Edades Límite y Sumas Aseguradas Máximas

Coberturas	Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona(*)	Edad Límite de	
		Ingreso	Permanencia
Vida (Muerte Natural o Accidental)	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Invalidez Total y Permanente por Accidente	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»

(*) El Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona aplica a todos los créditos asegurados que tenga una misma persona. El pago de la prima después de haber quedado sin efecto la cobertura, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a esa fecha.

Se solicitará Declaración de Salud y/o exámenes médicos en caso el(los) Crédito(s) en vigencia supere(n) los «XXX» y en otros casos en que se considere necesario. Para dichos casos la cobertura estará supeditada a la aprobación expresa de la Compañía.

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.

5. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde que el Contratante efectúe el desembolso del CRÉDITO. Sin embargo, tratándose de Créditos que superen los «XXX», el inicio de vigencia quedará sujeto a que la Compañía evalúe la Declaración de Salud presentada por el Asegurado y/o Exámenes Médicos que le sean requeridos y de su conformidad por escrito, dentro de los quince (15) días siguientes de completada dicha información adicional.
- **Fin de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro finalizarán a las 23:59 horas del último día de la vigencia original del CRÉDITO.

Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre **vigente** la póliza del presente seguro; (ii) se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; (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.

6. PRIMA COMERCIAL:

«XXX»% aplicable al saldo deudor «insoluto / promedio diario». La prima incluye las comisiones por comercialización del seguro. La prima no incluye IGV. En la actualidad, las pólizas de vida están inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú. La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota del CRÉDITO, según el cronograma del mismo. Los pagos efectuados por el Asegurado a la Entidad Financiera se consideran abonados a la Compañía. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguros por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. En todo caso, transcurridos noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 4 del presente documento.

7. 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.pacificoseguros.com) el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007410077 (Nuevos Soles) VI2007410078 (Dólares Americanos), el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe). En particular declaro conocer que **el seguro se renovará anual y automáticamente, en las mismas condiciones, salvo que la Compañía comunique al Contratante las modificaciones con por lo menos 45 días de anticipación.** 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. En caso de siniestro, 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. **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 parte de 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.
5. **Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):**
 - 5.1 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.
 - 5.2 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.
 - 5.3 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>.
 - 5.4 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.° 774, de titularidad de PACÍFICO SEGUROS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú.
 - 5.5 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>

Mediante la firma del presente documento, acepto afiliarme a la Póliza Grupal "Seguro de Desgravamen" N° «XXXXX» emitida por la Compañía y contratada por «XXXXX» (en adelante la "Entidad Financiera"), por lo que declaro conocer que me encuentro protegido dentro de los límites de las coberturas y exclusiones indicadas líneas arriba. Dentro de los 15 días siguientes de presentada la solicitud de seguro y completada la información y/o requisitos adicionales, la Compañía entregará el Certificado de Seguro o comunicará el rechazo de la solicitud a través del domicilio contractual del Contratante. Para asegurar la integridad y autenticidad del Certificado, en caso la entrega se realice a través de correo electrónico, este contará con la firma electrónica del representante de la Compañía y será enviada con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad.

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro a 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 Contratante con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento 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 Asegurado o sus beneficiarios al Contratante con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Fecha de emisión

--	--	--

Oficina

--	--	--	--	--

Matrícula vendedor

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

SEGURO NO OBLIGATORIO

Firma Asegurado 1

SEGURO NO OBLIGATORIO

Firma Asegurado 2

SEGURO NO OBLIGATORIO

Firma Asegurado 3

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»

CERTIFICADO N° XXXXX
SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA N° XXXXX
 (Código SBS N° VI2007410078 / VI2007410077)

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: _____
Domicilio Contractual: El domicilio contractual será, indistintamente, la dirección física y la dirección electrónica (correo), que se señalan a continuación:
 a) Dirección Electrónica (Correo electrónico): _____
 b) Dirección Física: Jr. _____ Av. _____ Calle _____ Otros _____ Nombre de la Vía: _____
 Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
 Referencia: _____

Relación con el Contratante (Entidad Financiera): Cliente titular de un crédito.

Nro. de Solicitud de Crédito (En adelante el "CRÉDITO"): _____

Donde se mencione "la Compañía" se entenderá que se refiere a "Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros".

Completar sólo en caso de CRÉDITO mancomunado

Nombres y Apellidos completos del Cónyuge Asegurado: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____
 Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
 Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____
 Se considerará como domicilio del Cónyuge Asegurado el mismo domicilio contractual del Asegurado Titular.
 Cobertura del Saldo deudor por cada Asegurado:
 a) Al XX% ☐ b) Al XX% ☐

2. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS	CONDICIONES	EXCLUSIONES
Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.	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.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Para los efectos de esta cobertura, únicamente se considera invalidez: a) Paraplejía o Cuadriplejía por fractura 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.	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.
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Disminución física o intelectual, continua e ininterrumpida durante más de 6 meses (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. Periodo de carencia: 6 meses contados a partir del desembolso del crédito. Se cubrirá la invalidez a causa de una enfermedad diagnosticada con posterioridad a los 6 meses de inicio de vigencia de la cobertura del seguro.	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; salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo. 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.

SUMA ASEGURADA: Saldo deudor del CRÉDITO concedido al Asegurado, existente al momento del fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se encuentre al día en sus pagos de conformidad con lo dispuesto en el acápite 4 del presente Certificado. En caso de Crédito Mancomunado, se cubrirá el porcentaje del saldo deudor indicado en el acápite 1 del presente Certificado. **El pago de cualquiera de estas coberturas determina la terminación de este seguro, respecto del Asegurado. El beneficiario de las coberturas otorgadas es el Contratante.**

Edades Límite y Sumas Aseguradas Máximas

Coberturas	Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona(*)	Edad Límite de	
		Ingreso	Permanencia
Vida (Muerte Natural o Accidental)	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Invalidez Total y Permanente por Accidente	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»

(*) El Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona aplica a todos los créditos asegurados que tenga una misma persona. El pago de la prima después de haber quedado sin efecto la cobertura, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a esa fecha.

Se solicitará Declaración de Salud y/o exámenes médicos en caso el(los) Crédito(s) en vigencia supere(n) los «XXX» y en otros casos en que se considere necesario. Para dichos casos la cobertura estará supeditada a la aprobación expresa de la Compañía.

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.

3. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde que el Contratante efectúe el desembolso del CRÉDITO. Sin embargo, tratándose de Créditos que superen los «XXX», el inicio de vigencia quedará sujeto a que la Compañía evalúe la Declaración de Salud presentada por el Asegurado y/o Exámenes Médicos que le sean requeridos y de su conformidad por escrito, dentro de los quince (15) días siguientes de completada dicha información adicional.
- **Fin de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro finalizarán a las 23:59 horas del último día de la vigencia original del CRÉDITO.

Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: **(i)** se encuentre **vigente** la póliza del presente seguro; **(ii)** se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; **(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:

«XXX»% aplicable al saldo deudor «insoluto / promedio diario». La prima incluye las comisiones por comercialización del seguro. La prima no incluye IGV. En la actualidad, las pólizas de vida están inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú. La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota del CRÉDITO, según el cronograma del mismo. Los pagos efectuados por el Asegurado a la Entidad Financiera se consideran abonados a la Compañía. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguros por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. En todo caso, transcurridos noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 2 del presente Certificado.

5. RENOVACIÓN Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA:

La póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado tiene una vigencia anual renovable automáticamente en las mismas condiciones, salvo que la Compañía comunique al Contratante las modificaciones con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. **El Contratante tendrá un plazo de 30 días**

previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía.

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

6. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

La póliza en virtud de la cual se emite el presente seguro podrá resolverse por solicitud escrita del Contratante sin expresión de causa 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 presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados. El Contratante deberá informar la resolución o extinción de la póliza a los Asegurados.

Adicionalmente, este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado: (i) 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; (ii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver el seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con 30 días calendario de anticipación; (iii) Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (iv) 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. Se deja constancia que es responsabilidad del Asegurado dar aviso previo a la Entidad Financiera Comercializadora y que tiene conocimiento de los efectos de su decisión sobre el Crédito Asegurado.

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 el Asegurado supere la Edad Límite de Permanencia aplicable a la cobertura principal del presente seguro indicada en el acápite 2 del presente documento; (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran 90 días calendario desde la fecha establecida para realizar el pago; y, (iv) Cuando se produzca la cancelación del CRÉDITO o el término de su plazo.

Salvo en caso de fallecimiento del Asegurado, como consecuencia de los supuestos de resolución o extinción antes listados, terminará la cobertura respecto de cada Asegurado, perdiendo éste y sus respectivos beneficiarios todo derecho indemnizatorio bajo la presente póliza y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro.

Se deja expresa constancia que, en caso de resolución o extinción del seguro; la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido. Para estos efectos, el Asegurado deberá solicitar por escrito ante la Compañía o el Contratante la devolución correspondiente. En caso la resolución sea efectuada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte del Asegurado, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente 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 el seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos: (i) Si, al momento de la contratación del seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro. (ii) Si se comprobare que el Asegurado superaba la "Edad Límite de Ingreso" a la fecha de adquisición del 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 literales (ii), (iii) o (iv) precedentes, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, sin intereses. 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.

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

El Beneficiario deberá informar por escrito a la Compañía la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro o a la fecha en la cual toma conocimiento de la existencia del beneficio. Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial de la siguiente documentación, según se trate de:

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)	(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,	(1) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (COMAFP o

Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (4) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (5) Declaración de saldos y cronograma por parte del Contratante.	según corresponda. (5) Declaración de saldos y cronograma de pagos por parte del Contratante. En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes: (6) Partida de defunción o acta de defunción. (7) Certificado médico de defunción completo. (8) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (9) Protocolo de Necropsia Completo, según corresponda.	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.
---	---	--

Dentro de los 30 días siguientes a la recepción de toda la documentación exigida o del Periodo de Observación, en caso de corresponder, la Compañía determinará si la solicitud de cobertura es procedente. En los primeros 20 días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculados al siniestro, que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

8. CONSULTAS O RECLAMOS:

A fin de obtener mayor información sobre el procedimiento para presentar una solicitud de cobertura o 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 513-5000 o acercarse a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro.

9. 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.

10. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO:

1. Declaro conocer que el presente Certificado ha sido emitido sobre la base de las respuestas dadas en la solicitud de seguro y 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.pacificoseguros.com) el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007410077 (Nuevos Soles) VI2007410078 (Dólares Americanos), el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).
3. En caso de siniestro, 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. **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 parte de 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.**
5. **Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):**
 - 5.1 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.
 - 5.2 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.
 - 5.3 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>.
 - 5.4 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.° 774, de titularidad de PACÍFICO SEGUROS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú.
 - 5.5 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>

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro a 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 Contratante con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento 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 Asegurado o sus beneficiarios al Contratante con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Fecha de emisión

--	--	--	--

Oficina

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

Matrícula vendedor

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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Funcionario

PACÍFICO SEGUROS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Funcionario

PACÍFICO SEGUROS

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»

CERTIFICADO N° XXXXX
SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA N° XXXXX
(Código SBS N° VI2007410078 / VI2007410077)

1. DATOS DEL(DE LOS) ASEGURADO(S):

ASEGURADO 1:

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ N°
Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____
Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Conviviente ☐
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____
Actividad que desempeña: _____
Ingreso Anual US\$: _____
Porcentaje de la Suma Asegurada cubierto: _____

ASEGURADO 2:

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ N°
Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____
Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Conviviente ☐
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____
Actividad que desempeña: _____
Ingreso Anual US\$: _____
Porcentaje de la Suma Asegurada cubierto: _____

ASEGURADO 3:

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ N°
Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____
Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Conviviente ☐
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____
Actividad que desempeña: _____
Ingreso Anual US\$: _____
Porcentaje de la Suma Asegurada cubierto: _____

DOMICILIO CONTRACTUAL: El domicilio contractual será, indistintamente, la dirección física y la dirección electrónica (correo), que se señalan a continuación:

a) Dirección Electrónica (Correo electrónico): _____
b) Dirección Física: Jr. ____ Av. ____ Calle ____ Otros ____ Nombre de la Vía: _____
Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
Referencia: _____

Relación con el Contratante (Entidad Financiera): Accionista y/o Socio.

Donde se mencione "la Compañía" se entenderá que se refiere a "Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros".

2. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

COBERTURAS	CONDICIONES	EXCLUSIONES
Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.	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.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Para los efectos de esta cobertura, <u>únicamente</u> se considera invalidez: a) Paraplejía o Cuadriplejía por fractura 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	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.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	mano y un pie.	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; salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo. 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.
	Disminución física o intelectual, continua e ininterrumpida <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. Periodo de carencia: 6 meses contados a partir del desembolso del crédito. Se cubrirá la invalidez a causa de una enfermedad diagnosticada con posterioridad a los 6 meses de inicio de vigencia de la cobertura del seguro.	

SUMA ASEGURADA: Saldo deudor del CRÉDITO concedido al Asegurado, existente al momento del fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se encuentre al día en sus pagos de conformidad con lo dispuesto en el acápite 4 del presente Certificado. En caso de Crédito Mancomunado, se cubrirá el porcentaje del saldo deudor indicado en el acápite 1 del presente Certificado. **El pago de cualquiera de estas coberturas determina la terminación de este seguro, respecto del Asegurado. El beneficiario de las coberturas otorgadas es el Contratante.**

Edades Límite y Sumas Aseguradas Máximas

Coberturas	Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona(*)	Edad Límite de	
		Ingreso	Permanencia
Vida (Muerte Natural o Accidental)	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Invalidez Total y Permanente por Accidente	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	«Moneda» «XXXXX.XX»	«XX»	«XX»

(*) El Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona aplica a todos los créditos asegurados que tenga una misma persona. El pago de la prima después de haber quedado sin efecto la cobertura, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a esa fecha. Se solicitará Declaración de Salud y/o exámenes médicos en caso el(los) Crédito(s) en vigencia supere(n) los «XXX» y en otros casos en que se considere necesario. Para dichos casos la cobertura estará supeditada a la aprobación expresa de la Compañía.

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.

3. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde que el Contratante efectúe el desembolso del CRÉDITO. Sin embargo, tratándose de Créditos que superen los «XXX», el inicio de vigencia quedará sujeto a que la Compañía evalúe la Declaración de Salud presentada por el Asegurado y/o Exámenes Médicos que le sean requeridos y de su conformidad por escrito, dentro de los quince (15) días siguientes de completada dicha información adicional.
- **Fin de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro finalizarán a las 23:59 horas del último día de la vigencia original del CRÉDITO.

Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre **vigente** la póliza del presente seguro; (ii) se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; (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:

«XXX»% aplicable al saldo deudor «insoluto / promedio diario». La prima incluye las comisiones por comercialización del seguro. La prima no incluye IGV. En la actualidad, las pólizas de vida están inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú. La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota del CRÉDITO, según el cronograma del mismo. Los pagos efectuados por el Asegurado a la Entidad Financiera se consideran abonados a la Compañía. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguros por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. En todo caso, transcurridos noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 2 del presente Certificado.

5. RENOVACIÓN Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA:

La póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado tiene una vigencia anual renovable automáticamente en las mismas condiciones, salvo que la Compañía comunique las modificaciones con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. **El Contratante tendrá un plazo de 30 días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía.**

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

6. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

La póliza en virtud de la cual se emite el presente seguro podrá resolverse por solicitud escrita del Contratante sin expresión de causa 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 presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados. El Contratante deberá informar la resolución o extinción de la póliza a los Asegurados.

Adicionalmente, este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado: (i) 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; (ii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver el seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con 30 días calendario de anticipación; (iii) Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (iv) 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. Se deja constancia que es responsabilidad del Asegurado dar aviso previo a la Entidad Financiera Comercializadora y que tiene conocimiento de los efectos de su decisión sobre el Crédito Asegurado.

Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado: (i) Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso se podrá presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en el presente seguro; (ii) Cuando el Asegurado supere la Edad Límite de Permanencia aplicable a la cobertura principal del presente seguro indicada en el acápite 2 del presente Certificado; (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran 90 días calendario desde la fecha establecida para realizar el pago; y, (iv) Cuando se produzca la cancelación del CRÉDITO o el término de su plazo.

Salvo en caso de fallecimiento del Asegurado, como consecuencia de los supuestos de resolución o extinción antes listados, terminará la cobertura respecto de cada Asegurado, perdiendo éste y sus respectivos beneficiarios todo derecho indemnizatorio bajo la presente póliza y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro.

Se deja expresa constancia que, en caso de resolución o extinción del seguro; la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido. Para estos efectos, el Asegurado deberá solicitar por escrito ante la Compañía o el Contratante la devolución correspondiente. En caso la resolución sea efectuada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte del Asegurado, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente 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 el seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos: (i) Si, al momento de la contratación del seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro. (ii) Si se comprobare que el Asegurado superaba la "Edad Límite de Ingreso" a la fecha de adquisición del 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 literales (ii), (iii) o (iv) precedentes, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, sin intereses. 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.

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

El Beneficiario deberá informar por escrito a la Compañía la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro o a la fecha en la cual toma conocimiento de la existencia del beneficio. Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial de la siguiente documentación, según se trate de:

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. (5) Declaración de saldos y cronograma por parte del Contratante.	(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. (5) Declaración de saldos y cronograma de pagos por parte del Contratante. En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes: (6) Partida de defunción o acta de defunción. (7) Certificado médico de defunción completo. (8) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (9) 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.

Dentro de los 30 días siguientes a la recepción de toda la documentación exigida o del Periodo de Observación, en caso de corresponder, la Compañía determinará si la solicitud de cobertura es procedente. En los primeros 20 días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculados al siniestro, que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

8. CONSULTAS O RECLAMOS:

A fin de obtener mayor información sobre el procedimiento para presentar una solicitud de cobertura o 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 513-5000 o acercarse a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro.

9. 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.

10. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO:

1. Declaro conocer que el presente Certificado ha sido emitido sobre la base de las respuestas dadas en la solicitud de seguro y 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.pacificoseguros.com) el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007410077 (Nuevos Soles) VI2007410078 (Dólares Americanos), el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).
3. En caso de siniestro, 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. **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.

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

5.1 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.

5.2 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.

5.3 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>.

5.4 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.

5.5 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>

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro a 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 Contratante con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento 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 Asegurado o sus beneficiarios al Contratante con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Fecha de emisión

--	--	--	--	--

Oficina

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

Matrícula vendedor

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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Funcionario

PACÍFICO SEGUROS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Funcionario

PACÍFICO SEGUROS

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»