

**PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL
SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL II**

CONDICIONES PARTICULARES

1. DATOS DE LA PÓLIZA	
TIPO DE PÓLIZA CÓDIGO SBS Nº DE PÓLIZA MONEDA DEL CONTRATO PLAZO DE CONTRATACIÓN FECHA DE EMISIÓN FECHA DE INICIO DE VIGENCIA FECHA DE FIN DE VIGENCIA NÚMERO DE CRÉDITO	: Desgravamen Individual : VI2007400135, adecuada a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias. : «XXXXXXXX» : «Soles/ Dólares Americanos» : Anual renovable automáticamente hasta el vencimiento del plazo del Crédito que motiva la suscripción del presente seguro o de las eventuales reprogramaciones del mismo (en adelante el Crédito). : «dd/mm/aaaa» : 00:00 horas del «dd/mm/aaaa», previo desembolso del crédito u otorgada la reprogramación por la Entidad Financiera Comercializadora. : 23:59 horas del «dd/mm/aaaa» o del día final de la reprogramación del Crédito o del día anterior a la fecha en la cual el Asegurado cumple la Edad Máxima de Permanencia. : «XXXXXXXXXXXXXX»
2. COMERCIALIZADOR (ENTIDAD FINANCIERA)	
DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL R.U.C Nº COMISIÓN	: «XXXXXXXXXXXXXX» : «XXXXXXXXXXXXXX» : «XX.XX»% La comisión del comercializador o intermediario está incluida en la prima comercial y se calcula sin considerar los gastos de gestión.
3. CONTRATANTE / ASEGURADO	
NOMBRES Y APELLIDOS TIPO Y Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE ASEGURADO TIPO Y Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD COBERTURA DEL SALDO DEUDOR POR CADA ASEGURADO DOMICILIO CONTRACTUAL a) Dirección Electrónica b) Dirección Física	: «XX» : «XXX»«XXXXXXXXXXXXXX» : «XX» : «XXX»«XXXXXXXXXXXXXX» : «XXX.XX»% : «XX» : «XX» Se deja expresa constancia que el Contratante autoriza a Pacífico Seguros a notificarle cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá su domicilio contractual. El Contratante se compromete a informar por escrito cualquier variación del domicilio contractual con, por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las notificaciones enviadas a la dirección electrónica o física original.

4. PRIMA COMERCIAL				
MONTO DE LA CUOTA	:	«X.XXX»% sobre el Saldo Deudor insoluto/promedio diario		
FORMA DE PAGO	:	Conforme al pago de las cuotas del Crédito.		
FECHA DE VENCIMIENTO DE PAGO	:	Según las fechas de pago del Crédito.		
FRECUENCIA DE PAGO	:	«XXXXXXXX», la TCEA es 0.00%.		
La tasa indicada no incluye el IGV. Las pólizas de vida están inafectas al IGV cuando el comprobante de pago es emitido a una persona natural residente en el Perú. El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares, salvo por los expresamente indicados en el acápite 6 siguiente.				
5. BENEFICIARIO				
El beneficiario de las coberturas otorgadas en virtud de la presente póliza es la Entidad Financiera Comercializadora; salvo que se indique expresamente lo contrario en las Cláusulas Adicionales.				
6. COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS Y EDADES LÍMITE				
COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	EDAD MÁXIMA DE		SUMA ASEGURADA MÁXIMA ^{(1) (2) (3)}
		INGRESO	PERMANENCIA	
(i) Vida (Muerte Natural o Accidental); (ii) Invalidez Total y Permanente por Accidente; y, (iii) Invalidez Total y Permanente por Enfermedad ⁽⁴⁾ .	Saldo deudor del Crédito (capital concedido o reprogramado, intereses compensatorios, moratorios, comisiones y primas no cobradas) a la fecha del siniestro, hasta el límite máximo por Asegurado especificado para cada cobertura.	Hasta «XX» años y 364 días	«XX» años y 364 días	«Mon»«XXX,XXX.XX»
		De «XX» años hasta «XX» años y 364 días	«XX» años y 364 días	«Mon»«XXX,XXX.XX»
		De «XX» años hasta «XX» años y 364 días	«XX» años y 364 días	«Mon»«XX,XXX.XX»
<p>(1) A partir de cumplidos los «XX» años, la Suma Asegurada Máxima para cualquiera de las coberturas indicadas será de «Mon»«XX,XXX.XX».</p> <p>(2) A partir de cumplidos los «XX» años, la Suma Asegurada Máxima para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad será de «Mon»«XX,XXX.XX».</p> <p>(3) Límite aplicable a todos los créditos asegurados o reprogramados.</p> <p>(4) Esta cobertura tiene un periodo de carencia de «XX» meses, el cual finaliza el «dd/mm/aaaa» inclusive.</p>				

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, denominada en adelante "LA COMPAÑÍA", con R.U.C. N° 20332970411, con domicilio en la Av. Juan de Arona 830, Lima, teléfono 518-5300 y correo servicioalcliente@pacificovida.com.pe, emite la presente póliza de conformidad con las estipulaciones contenidas en las Condiciones Particulares y Generales de la misma.

Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado a través del Comercializador (Entidad Financiera) sobre aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiesen dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el Asegurado al Comercializador, se consideran abonados a LA COMPAÑÍA. LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra la Entidad Financiera Comercializadora; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden a ésta. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

Se deja expresa constancia que el presente seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley 29355.

EN FE DE LO CUAL, la presente ha sido firmada por el Contratante y los funcionarios de LA COMPAÑÍA debidamente autorizados para ello.

«Ciudad», «día» del «mes» de «año».

FUNCIONARIO

FUNCIONARIO

CONTRATANTE