

**SOLICITUD N° XXXXX**  
**SEGURO DE DESGRAVAMEN PRIMA ÚNICA-PÓLIZA N° XXXXX**  
(Código SBS N° VI2007410101)

**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".

**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. 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:</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.	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 que 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, según el cronograma de pagos del CRÉDITO, hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se hubiese realizado el pago de la prima única de conformidad con lo dispuesto en el acápite 4 del presente documento. **Se deja constancia que el saldo deudor solo incluye la deuda principal, es decir el saldo del capital sin considerar intereses.**

**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
Muerte Natural	«Moneda»«XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Muerte 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»

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 Asegurado 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 del CRÉDITO o hasta un plazo máximo de sesenta (60) meses contados a partir del desembolso en caso de ampliaciones del plazo.

Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; (ii) el Asegurado hubiera realizado el pago de la prima única; (iii) el Asegurado no supere la Edad Límite de Permanencia por cobertura; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

### 4. PRIMA ÚNICA (PRIMA COMERCIAL):

La prima única será pagada en su integridad por el Asegurado, a través del Contratante, al momento del desembolso del CRÉDITO. **Las tasas se determinan en consideración la sumatoria de los valores presentes del desgravamen por cada cuota en base al saldo insoluto de la deuda, varían según la duración del préstamo y son aplicables al monto del CRÉDITO desembolsado de acuerdo al siguiente cuadro:**

Duración	Tasa	Duración	Tasa	Duración	Tasa
Hasta XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%

**La prima única 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 única incluye la comisión por comercialización del seguro.** Las primas únicas serán cobradas al Asegurado al momento del desembolso del Crédito Asegurado y serán pagadas por el Contratante a la Compañía en forma mensual. El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 2 del presente documento.

## **5. RENOVACIÓN Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA**

La póliza en virtud de la cual se emite el presente documento 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.**

Sin embargo, se deja expresa constancia que las modificaciones efectuadas al seguro no será aplicables a las coberturas otorgadas con anterioridad.

## **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 la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (iii) 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; y, (iii) Cuando se produzca la cancelación (pago anticipado) 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 el Beneficiario 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 del presente documento; la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se solicita la resolución o se toma conocimiento de la extinción de la póliza.

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) En caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, si se comprobare que la edad real 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 y dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, se devolverá la prima pagada disminuida en los gastos administrativos incurridos por la Compañía por concepto de penalidad, los que ascenderán a un monto máximo equivalente a parte proporcional de la prima pagada por el primer año de duración del seguro.

## 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:

<b>Muerte Natural</b>	<b>Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente</b>	<b>Invalidez Total y Permanente por Enfermedad</b>
(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) Confirmación formal de saldos y cronograma de pagos por parte de la Entidad Financiera Comercializadora.	(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) Confirmación formal de saldos y cronograma de pagos por parte de la Entidad Financiera Comercializadora. <b>En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes:</b> (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. Ante el rechazo de la solicitud de cobertura, el Asegurado o el Beneficiario podrán acudir a la Defensoría del Asegurado, al Indecopi o al Poder Judicial. Asimismo, podrán solicitar orientación en el Departamento de Servicios al Ciudadano de la SBS.

## 8. 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. Asimismo, podrá acudir al Indecopi o realizar consultas en el Departamento de Servicios al Ciudadano de la SBS.

## 9. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

**Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario 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 en el presente documento están hechas bajo declaración jurada, son verídicas y completas, y es de mi conocimiento que cualquier omisión o simulación 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](http://www.pacificoseguros.com)) y en el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° V12007410101, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: ([www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)). En particular 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.

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

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 el Beneficiario 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						SEGURO NO OBLIGATORIO					

Funcionario  
**PACÍFICO SEGUROS**

**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](http://www.pacifico.com.pe)

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

**CERTIFICADO N° XXXXX**  
**SEGURO DE DESGRAVAMEN PRIMA ÚNICA- PÓLIZA N° XXXXX**  
 (Código SBS N° VI2007410101)

**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".

**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. 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:</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.	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 que 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, según el cronograma de pagos del CRÉDITO, hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se hubiese realizado el pago de la prima única de conformidad con lo dispuesto en el acápite 4 del presente documento. **Se deja constancia que el saldo deudor solo incluye la deuda principal, es decir el saldo del capital sin considerar intereses.**

**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
Muerte Natural	«Moneda»«XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Muerte 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»

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 Asegurado 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 del CRÉDITO o hasta un plazo máximo de sesenta (60) meses contados a partir del desembolso en caso de ampliaciones del plazo.

Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; (ii) el Asegurado hubiera realizado el pago de la prima única; (iii) el Asegurado no supere la Edad Límite de Permanencia por cobertura; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

### 4. PRIMA ÚNICA (PRIMA COMERCIAL):

La prima única será pagada en su integridad por el Asegurado, a través del Contratante, al momento del desembolso del CRÉDITO. **Las tasas se determinan en consideración la sumatoria de los valores presentes del desgravamen por cada cuota en base al saldo insoluto de la deuda, varían según la duración del préstamo y son aplicables al monto del CRÉDITO desembolsado de acuerdo al siguiente cuadro:**

Duración	Tasa	Duración	Tasa	Duración	Tasa
Hasta XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%



**La prima única 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 única incluye la comisión por comercialización del seguro.** Las primas únicas serán cobradas al Asegurado al momento del desembolso del Crédito Asegurado y serán pagadas por el Contratante a la Compañía en forma mensual. El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 2 del presente documento.

## **5. RENOVACIÓN Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA**

La póliza en virtud de la cual se emite el presente documento 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.**

Sin embargo, se deja expresa constancia que las modificaciones efectuadas al seguro no será aplicables a las coberturas otorgadas con anterioridad.

## **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 la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (iii) Por solicitud de desafiliación presentada por el Asegurado, la cual podrá efectuarse en cualquier momento, sin expresión de causa y 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; y, (iii) Cuando se produzca la cancelación (pago anticipado) 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 el Beneficiario 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 del presente documento; la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se solicita la resolución o se toma conocimiento de la extinción de la póliza.

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) En caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, si se comprobare que la edad real 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 y dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, se devolverá la prima pagada disminuida en los gastos administrativos incurridos por la Compañía por concepto de penalidad, los que ascenderán a un monto máximo equivalente a parte proporcional de la prima pagada por el primer año de duración del seguro.

## 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) Confirmación formal de saldos y cronograma de pagos por parte de la Entidad Financiera Comercializadora.	(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) Confirmación formal de saldos y cronograma de pagos por parte de la Entidad Financiera Comercializadora. <b>En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes:</b> (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. Ante el rechazo de la solicitud de cobertura, el Asegurado o el Beneficiario podrán acudir a la Defensoría del Asegurado, al Indecopi o al Poder Judicial. Asimismo, podrán solicitar orientación en el Departamento de Servicios al Ciudadano de la SBS.

## 8. 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. Asimismo, podrá acudir al Indecopi o realizar consultas en el Departamento de Servicios al Ciudadano de la SBS.

## 9. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

**Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario 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:

- Declaro que las respuestas dadas en el presente documento están hechas bajo declaración jurada, son verídicas y completas, y es de mi conocimiento que cualquier omisión o simulación 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.
- 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](http://www.pacificoseguros.com)) y en el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° V12007410101, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: ([www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)). En particular declaro conocer que los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de vida temporal.
- 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):**

Para la correcta ejecución de la relación contractual, EL CONTRATANTE / ASEGURADO ("EL CLIENTE") se obliga a mantener actualizada su información personal, financiera y crediticia ("LA INFORMACIÓN") y reconoce que PACÍFICO SEGUROS podrá tratarla, actualizarla, completarla y realizar flujos transfronterizos conforme a ley. PACÍFICO SEGUROS conservará, tratará y realizará flujos transfronterizos con LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato. Para el tratamiento de La INFORMACIÓN de EL CLIENTE, PACÍFICO SEGUROS utilizará diversos Encargados ubicados en el Perú y el extranjero, los cuales se han puesto a disposición del El cliente y también se encuentran detallados en <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>. Su información será incluida en el banco de datos de Usuarios que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo el número de registro RNPDP-PJ N.º 774, de titularidad de PACÍFICO SEGUROS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú. EL CLIENTE puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público o por teléfono o a través del Chat ubicado en nuestra página web [www.pacifico.com.pe](http://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.º 3274-2017 y sus normas modificatorias. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Asegurado o el Beneficiario al Contratante con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

**Fecha de emisión**

**Oficina**

**Matrícula vendedor**

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 5px; left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 5px; left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 5px; left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> </div> </div>
--	--	--

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](http://www.pacifico.com.pe)

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

**SOLICITUD/CERTIFICADO N° XXXXX**  
**SEGURO DE DESGRAVAMEN PRIMA ÚNICA- PÓLIZA N° XXXXX**  
(Código SBS N° VI2007410101)

**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".

**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. 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:</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.	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 que 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, según el cronograma de pagos del CRÉDITO, hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se hubiese realizado el pago de la prima única de conformidad con lo dispuesto en el acápite 4 del presente documento. **Se deja constancia que el saldo deudor solo incluye la deuda principal, es decir el saldo del capital sin considerar intereses.**

**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
Muerte Natural	«Moneda»«XXXXX.XX»	«XX»	«XX»
Muerte 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»

#### 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 Asegurado 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.

**En caso el(los) Crédito(s) en vigencia supere(n) los «XXX», no aplicará el presente formato y se deberá suscribir formatos de solicitud y certificado por separado. Para dichos casos se requerirá una Declaración de Salud y/o exámenes médicos y la cobertura estará supeditada a la aprobación expresa de la Compañía.**

- **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 del CRÉDITO o hasta un plazo máximo de sesenta (60) meses contados a partir del desembolso en caso de ampliaciones del plazo.

Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; (ii) el Asegurado hubiera realizado el pago de la prima única; (iii) el Asegurado no supere la Edad Límite de Permanencia por cobertura; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

### 4. PRIMA ÚNICA (PRIMA COMERCIAL):

La prima única será pagada en su integridad por el Asegurado, a través del Contratante, al momento del desembolso del CRÉDITO. **Las tasas se determinan en consideración la sumatoria de los valores presentes del desgravamen por cada cuota en base al saldo insoluto de la deuda, varían según la duración del préstamo y son aplicables al monto del CRÉDITO desembolsado de acuerdo al siguiente cuadro:**

Duración	Tasa	Duración	Tasa	Duración	Tasa
Hasta XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%
De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%	De XX a XX meses	«X.XXXXXX»%

La prima única 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 única incluye la comisión por

**comercialización del seguro.** Las primas únicas serán cobradas al Asegurado al momento del desembolso del Crédito Asegurado y serán pagadas por el Contratante a la Compañía en forma mensual. El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 2 del presente documento.

## 5. RENOVACIÓN Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

La póliza en virtud de la cual se emite el presente documento 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.**

Sin embargo, se deja expresa constancia que las modificaciones efectuadas al seguro no serán aplicables a las coberturas otorgadas con anterioridad.

## 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 la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (iii) 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 documento; y, (iii) Cuando se produzca la cancelación (pago anticipado) 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 el Beneficiario 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 del presente documento; la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se solicita la resolución o se toma conocimiento de la extinción de la póliza.

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) En caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, si se comprobare que la edad real 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 y dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, se devolverá la prima pagada disminuida en los gastos administrativos incurridos por la Compañía por concepto de penalidad, los que ascenderán a un monto máximo equivalente a parte proporcional de la prima pagada por el primer año de duración del seguro.

## 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:

<b>Muerte Natural</b>	<b>Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente</b>	<b>Invalidez Total y Permanente por Enfermedad</b>
(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) Confirmación formal de saldos y cronograma por parte de la Entidad Financiera Comercializadora.	(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) Confirmación formal de saldos y cronograma de pagos por parte de la Entidad Financiera Comercializadora. <b>En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes:</b> (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. Ante el rechazo de la solicitud de cobertura, el Asegurado o el Beneficiario podrán acudir a la Defensoría del Asegurado, al Indecopi o al Poder Judicial. Asimismo, podrán solicitar orientación en el Departamento de Servicios al Ciudadano de la SBS.

## **8. 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. Asimismo, podrá acudir al Indecopi o realizar consultas en el Departamento de Servicios al Ciudadano de la SBS.

## **9. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:**

**Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario 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 en el presente documento están hechas bajo declaración jurada, son verídicas y completas, y es de mi conocimiento que cualquier omisión o simulación 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](http://www.pacificoseguros.com)) y en el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007410101, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución ([www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)). En particular 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,



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

Mediante la firma del presente documento, acepto afiliarme a la Póliza Grupal "Seguro de Desgravamen" N° «XXXXXX» emitida por la Compañía y contratada por «XXXXXX» (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 debe entregar los certificados de seguro, dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber presentado la respectiva solicitud de seguro. Para estos efectos, declaro conocer que la Compañía realizará la entrega del presente documento, indistintamente, en la dirección física o en mi dirección electrónica.

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 el Beneficiario al Contratante con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

**Fecha de emisión**

## Oficina

**Matrícula vendedor**

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; height: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; bottom: 0; left: 0; right: 0; height: 20px; border-top: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 20px; left: 20px; right: 20px; bottom: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; height: 20px; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; bottom: 0; left: 0; right: 0; height: 20px; border-top: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 20px; left: 20px; right: 20px; bottom: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div>
---	---

[illegible]

Funcionario  
**PACÍFICO SEGUROS**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**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](http://www.pacifico.com.pe)

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