

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA  
"DESGRAVAMEN RETORNO"**

**CONDICIONES PARTICULARES**

<b>1. DATOS DE LA PÓLIZA</b>	
TIPO DE PÓLIZA	: Desgravamen
CÓDIGO SBS	: XXXXXXXXXXXX, adecuada a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias.
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	: «Individual / Grupal»
Nº DE PÓLIZA	: «XXXXXXXX»
MONEDA DEL CONTRATO	: «Soles / Dólares Americanos»
PLAZO DE CONTRATACIÓN	: Un (01) año renovable automáticamente
FECHA DE EMISIÓN	: «dd/mm/aaaa»
INICIO DE VIGENCIA DE LAS COBERTURAS	: Desembolso del crédito asociado al seguro otorgado por el Comercializador.
FIN DE VIGENCIA DE LAS COBERTURAS	: Día del pago final de las cuotas del crédito asociado o del día final de la reprogramación del crédito asociado o del día anterior a la fecha en la cual el Asegurado cumple la Edad Máxima de Permanencia.
PLAN DE EXCLUSIONES APLICABLE	: «Plan 1 / Plan 2/ Plan 3 / Plan X»
<b>2. COMERCIALIZADOR (ENTIDAD FINANCIERA)</b>	
DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL	: «XXXXXXXXXXXXXXXX»
R.U.C Nº	: «XXXXXXXXXXXXXXXX»
COMISIÓN	: «XX.XX»% La comisión del comercializador o intermediario está incluida en la prima comercial y se calcula sin considerar los gastos de gestión.
<b>3. CONTRATANTE Y ASEGURADO(S)</b>	
CONTRATANTE	: «XX»
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	: «XX»
DOMICILIO CONTRACTUAL	
- Dirección Física	: «XX»
- Dirección Electrónica	: «XX»
ASEGURADO(S)	: «XX»
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	: «XX»
PORCENTAJE DE COBERTURA SOBRE EL CRÉDITO	: «XX»
DOMICILIO CONTACTUAL:	
- Dirección Física	: «XX»
- Dirección Electrónica	: «XX»
Se deja expresa constancia que el Contratante y el (los) Asegurado(s) autoriza(n) a Pacífico Seguros a notificarle(s) cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica proporcionada, la(s) misma(s) que constituirá(n) su(s) domicilio(s) contractual(es). El Contratante y el(los) Asegurado(s) se compromete(n) 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.	
<b>4. PRIMA COMERCIAL</b>	
MONTO DE LA CUOTA	: «X.XXX»% sobre el «Saldo Deudor Insoluto / Monto Desembolsado (Para determinar el porcentaje se ha tomado en consideración la sumatoria de los valores presentes del desgravamen por cada cuota en base al saldo insoluto de la deuda)»
FORMA DE PAGO	: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»
FECHA DE VENCIMIENTO DE PAGO	: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»

**FRECUENCIA DE PAGO** : «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX», 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.

**Siempre que se haya pagado las dos (02) primeras anualidades del seguro y no corresponda realizar el pago de alguna de las coberturas otorgadas, la resolución del seguro dará al Titular del Crédito Asociado el derecho de obtener la devolución de un porcentaje de la prima pagada, el cual es equivalente a «XXXXXXXXXX».**

**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 de fallecimiento e invalidez otorgadas en virtud de la presente póliza es el Comercializador. El beneficiario de la cobertura de sobrevivencia es el titular del crédito asociado al presente seguro.

## 6. COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS Y EDADES LÍMITE

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	EDAD MÁXIMA DE		SUMA ASEGURADA MÁXIMA <sup>(1) (2) (3)</sup>
		INGRESO	PERMANENCIA	
(i) Vida (Muerte Natural o Accidental); (ii) Invalidez Total y Permanente por Accidente; y, (iii) Invalidez Total y Permanente por Enfermedad <sup>(4)</sup> .	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»
(iv) Sobrevivencia	«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»	De «XX» años hasta «XX» años y 364 días	«XX» años y 364 días	No aplica

(1) A partir de cumplidos los «XX» años, la Suma Asegurada Máxima para las coberturas de fallecimiento o invalidez será de «Mon»«XX,XXX.XX».

(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».

(3) Límite aplicable a todos los créditos asegurados o reprogramados.

(4) Esta cobertura tiene un periodo de carencia de «XX» meses, el cual finaliza el «dd/mm/aaaa» inclusive.

Pacifico Compañía de Seguros y Reaseguros, denominada en adelante "LA COMPAÑÍA", con R.U.C. N° 20332970411, con domicilio físico en la Av. Juan de Arona 830, Lima, con domicilio electrónico en [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe) y con teléfono 518-5300, 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».

_____	_____	_____
<b>FUNCIONARIO</b>	<b>FUNCIONARIO</b>	<b>CONTRATANTE</b>