

SOLICITUD DE SEGURO N°
SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL

PACÍFICO SEGUROS
R.U.C. N° 20332970411
Teléfono 518-4500 / Fax 518-4569
Av. Juan de Arona N° 830, Piso 5, San Isidro

1. DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO:

Nombres: _____ Apellidos: _____
Tipo de Documento: D.N.I. ☐ C.E. ☐ Pasaporte ☐ N°
Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____
Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Conviviente ☐
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____

Edad Máxima de Ingreso: El Asegurado podrá contratar el seguro hasta el día que cumpla 84 años de edad.

Edad Máxima de Permanencia: Hasta el día que cumpla 85 años de edad.

Domicilio Contractual: Para efectos del presente seguro, mi domicilio contractual será, indistintamente, la dirección física y la dirección electrónica (opcional) que a continuación se indican:

- a) Dirección Física (Particular o Comercial):
Distrito: Provincia: Departamento:
Referencia:
b) Dirección Electrónica (Correo electrónico):
Nro. de Solicitud de Crédito (En adelante el "CRÉDITO"):

2. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

COBERTURAS	DEFINICIONES Y CONDICIONES	EXCLUSIONES
Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas naturales o accidentales.	a) Lesiones que el Asegurado sufra en actos de guerra civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Para los efectos de esta cobertura, únicamente se considera: a) Paraplejia o Cuadriplejia por fractura de 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. Es condición necesaria que la invalidez se manifieste a más tardar dentro de los (2) años siguientes de producido un accidente durante la vigencia de la póliza. Se considera como accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo de asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también de los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.	b) Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas. c) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva. d) Suicidio, intento de suicidio, automutilación o autolesión; salvo que, en caso de fallecimiento, la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Pérdida o disminución física o intelectual 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.	e) Adicionalmente, se excluye la invalidez total y permanente por accidente o enfermedad a consecuencia de una dolencia, enfermedad o menoscabo físico preexistente.

SUMA ASEGURADA: Es el saldo deudor del **CRÉDITO** (capital concedido o reprogramado, intereses compensatorios, moratorios, comisiones y primas no cobradas) del Asegurado al momento de ocurrido el siniestro (fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad) hasta el límite máximo de cobertura. **El pago de cualquiera de estas coberturas genera la terminación del seguro.**

Límite de Suma Asegurada

En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente por accidente o enfermedad del Asegurado durante la vigencia establecida en la presente póliza, la Compañía pagará al «**Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora**» el saldo deudor existente al momento del fallecimiento o configuración de la invalidez total y permanente, hasta un límite máximo de S/. 100,000.00 (Cien Mil con 00/100 Nuevos Soles) para todos los Créditos otorgados o reprogramados por el «**Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora**» al Asegurado.

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** o lo re programe.
- **Fin de Vigencia:** Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el **CRÉDITO** o sus reprogramaciones aseguradas; (ii) el Asegurado no supere los 84 años y 364 días; y, (iii) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

4. PRIMA:

Monto de la prima: («X.XX»% sobre el saldo deudor «insoluto / promedio diario»).

La prima 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. La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota del **CRÉDITO** o de su reprogramación, según el cronograma del mismo. Los pagos efectuados por el Asegurado al «**Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora**» se consideran abonados a la Compañía.

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares.

5. BENEFICIARIO DEL SEGURO:

El beneficiario de las coberturas del presente seguro es el «**Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora**». De determinarse la procedencia del pago de la cobertura de vida o invalidez total y permanente por accidente o enfermedad, la Compañía pagará al «**Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora**», la suma asegurada que corresponda en un solo acto.

6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO:

- a) 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 conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguros. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta que obedece a dolo o culpa inexcusable, Pacífico Seguros (en adelante la "Compañía") podrá informarme la revisión del seguro; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el contrato de seguro.
- b) Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía está disponible la página web de la Compañía (www.pacificoseguros.com) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP bajo Código SBS VI2007400134, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).
- c) Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual. En caso no haya señalado en la presente Solicitud una dirección electrónica, la referida comunicación deberá realizarse a mi dirección física por escrito. Asimismo, me comprometo a informar por escrito cualquier variación de mi dirección con por lo menos 15 días de anticipación; caso contrario se considerarán como válidas para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la dirección electrónica o física original. Todas las comunicaciones entre las partes relacionadas al presente seguro deberán ser puestas en conocimiento del «**Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora**», en su calidad de beneficiario y comercializador del seguro.
- d) Dentro de los 15 días siguientes de presentada la solicitud de seguro y completada la información y/o requisitos adicionales, la Compañía entregará la póliza. *(En caso se realice la entrega de la póliza a través de medios electrónicos)*

Para estos efectos declaro conocer que la Compañía a que realizará la entrega de la póliza, indistintamente, en la dirección física elegida o en mi dirección.

La Compañía es la única y exclusiva responsable por el cumplimiento íntegro de las estipulaciones del presente seguro y es responsable frente al Asegurado de todos los errores u omisiones en que incurra el «**Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora**» con motivo de la comercialización del mismo. Las comunicaciones cursadas por el Asegurado a la «**Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora**», por 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 a la «**Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora**», se consideran abonados a la Compañía.

Fecha de emisión

--	--	--	--

Oficina

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

Código vendedor

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

Firma del Asegurado:

SEGURO NO OBLIGATORIO

Mediante la firma (*en caso de venta por medios de comercialización a distancia*) «electrónica», el Contratante/Asegurado acepta todas las condiciones del Seguro de Desgravamen Individual indicadas en la presente Solicitud.

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

RESUMEN

1. ¿Qué riesgos cubre?

- a) Fallecimiento del Asegurado, sea en territorio nacional o internacional, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.
- b) Invalidez Total y Permanente por Accidente.
- c) Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

2. ¿Cuáles son las Exclusiones?

Este seguro no otorga cobertura a los siniestros ocurridos como consecuencia directa de:

- a) Lesiones que el Asegurado sufra en actos de guerra civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
- b) Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.
- c) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
- d) Suicidio, intento de suicidio, automutilación o autolesión.
- e) Adicionalmente, se excluye la invalidez total y permanente por accidente o enfermedad a consecuencia de una dolencia, enfermedad o menoscabo físico preexistente.

3. ¿Cuál es la vigencia del seguro?

La vigencia del presente seguro es anual renovable automáticamente y se mantendrá vigente hasta el término o cancelación del crédito asociado.

4. ¿Cuál es el costo del seguro?

«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»

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

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

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

Web: www.defaseq.com.pe

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

Telefax: 421-0614

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

Si tiene alguna consulta o requiere información adicional sobre su seguro puede ingresar a nuestra página web: www.pacifico.com.pe; acercarse a nuestras oficinas de “Atención al Cliente” ubicadas en la Av. Juan de Arona 830, San Isidro; o, llamar a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000.