

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

**RESUMEN**

**1. ¿Qué riesgos cubre?**

Cubre el fallecimiento del Asegurado, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza. Asimismo otorga al Asegurado las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.

**2. ¿Cuáles son las Principales Exclusiones?**

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

- a) Enfermedades preexistentes o enfermedades congénitas.**
- b) Suicidio; salvo para la cobertura de vida en caso el seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.**
- c) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.**
- d) Participación activa en un acto tipificado como delito.**
- e) Guerra, actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole.**
- f) Participación activa en actos de guerrilla, rebelión, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular.**
- g) Participación en los siguientes deportes: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas, como piloto o acompañante.**
- h) Estado etílico (proporción mayor de 0.5 gramos – litro en sangre).**
- i) El uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes.**
- j) La participación de EL ASEGURADO en actos temerarios, entendiendo como tales aquellos donde se ponga notoriamente en peligro la vida o integridad física de las personas.**

**Adicionalmente, se excluye la invalidez por accidente a consecuencia de un “Accidente**

**Cerebro Vascular”, “Accidentes Médicos”, los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.**

**El detalle de las exclusiones se establece en la Cláusula Décimo Segunda de las Condiciones Generales y en la Cláusula Cuarta de la respectiva Cláusula Adicional.**

**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?**

«XXXXXXXXXXXXXXXXXX»

**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](mailto: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](http://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.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.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](http://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.

**SOLICITUD DE SEGURO N°**   
**SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL II**

**PACÍFICO SEGUROS**  
R.U.C. N° 20332970411  
Teléfono 513-5000  
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: \_\_\_\_\_

**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"): \_\_\_\_\_

**Completar sólo en caso de CRÉDITO mancomunado**

Nombres y Apellidos completos del Cónyuge Asegurado:

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

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

Cobertura del Saldo deudor por cada Asegurado: a) Al 100% ☐ b) Al 50% ☐

**2. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:**

| COBERTURAS   | CONDICIONES   | PRINCIPALES EXCLUSIONES   |
|--|---|---|
| <b>Vida</b> (Muerte Natural y Muerte Accidental)   | Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.   | a) <b>Enfermedades o dolencias preexistentes; o, enfermedades congénitas.</b>   |
| <b>Invalidez Total y Permanente por Accidente</b>  | 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.  | b) <b>Suicidio, salvo para la cobertura de vida en caso el seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.</b><br>c) <b>Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.</b><br>d) <b>Participación activa en un acto tipificado como delito.</b><br>e) <b>Guerra, actividad y/o servicio militar o policial; actos de guerrilla, rebelión, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular.</b><br>f) <b>Participación en los siguientes deportes: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas, como piloto o acompañante.</b><br>g) <b>Estado etílico (proporción mayor de 0.5 gramos – litro en sangre), salvo cuando el asegurado hubiere sido sujeto pasivo; o, uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes.</b><br>h) <b>La participación del Asegurado en actos temerarios, entendidos como aquellos que ponen notoriamente en peligro su vida e integridad física.</b> |
| <b>Invalidez Total y Permanente por Enfermedad</b> | Disminución física o intelectual <u>irreversible y definitiva</u> , continua e ininterrumpida, 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.<br><b>Periodo de Carencia: «XX» meses.</b> | <b>Adicionalmente, se excluye la invalidez por accidente a consecuencia de "Accidentes Médicos", infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.</b>   |

**SUMA ASEGURADA:** Saldo deudor del CRÉDITO concedido al Asegurado, existente al momento del fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se encuentre al día en sus pagos de conformidad con lo dispuesto en el acápite 4 de la presente Solicitud. El pago de cualquiera de estas coberturas antes indicadas determina la terminación de este seguro, respecto del Asegurado. El beneficiario de las coberturas otorgadas es la Entidad Financiera Comercializadora.

#### Edades Límite y Sumas Aseguradas Máximas:

| Coberturas   | Edad Máxima de                          |                      | Suma Asegurada Máxima <sup>(1) (2)</sup> |
|--|---|----------------------|--|
|  | Ingreso                                 | Permanencia          |  |
| Para las coberturas de Vida, Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad | 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»                         |

(1) A partir de cumplidos los «XX» años, la Suma Asegurada Máxima para cualquiera de las coberturas indicadas 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».

La suma asegurada máxima por persona aplica a todos los créditos asegurados que tenga una misma persona. Se solicitará Declaración de Salud y/o exámenes médicos en caso el(los) Crédito(s) en vigencia supere(n) los «Moneda»«XXX,XXX.XX».

### 3. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde que la Entidad Financiera Comercializadora efectúe el desembolso del CRÉDITO, previa aprobación de la Compañía sobre las condiciones de asegurabilidad, la cual se dará con la emisión de la póliza. Tratándose de Créditos que superen los «Moneda»«XX,XXX.XX», el Asegurado deberá suscribir el formato de Declaración de Salud y/o Exámenes Médicos que le sean requeridos.
- **Fin de Vigencia:** Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; (ii) el Asegurado se encuentre al día en el pago de sus primas; (iii) el Asegurado no supere la Edad Límite de Permanencia antes indicada; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

### 4. PRIMA COMERCIAL:

#### XX.XX% aplicable al saldo deudor insoluto/promedio diario

Las primas incluyen las comisiones por comercialización del seguro. Las primas no incluyen IGV. En la actualidad, las pólizas de vida están inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú. La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota del CRÉDITO, según el cronograma del mismo. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguros por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. En todo caso, transcurridos 90 días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

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

### 5. BENEFICIARIO DEL SEGURO:

El beneficiario de las coberturas del presente seguro es 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 a la Entidad Financiera Comercializadora, la suma asegurada que corresponda en un solo acto.

### 6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO:

- 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 declaración inexacta o reticente efectuada con dolo o 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 de circunstancias relevantes que no 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.
- Por el 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.

c) 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](http://www.pacificoseguros.com)) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP bajo Código SBS VI2007400135, 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)).

d) La Compañía podrá notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección física y/o electrónica proporcionada, la misma que constituirá mi domicilio contractual. Me comprometo a informar por escrito cualquier variación con por lo menos 15 días calendario 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).

**e) Ley de Protección de Datos Personales:**

e.1 Para la correcta ejecución de la relación contractual, EL CONTRATANTE / ASEGURADO ("EL CLIENTE") se obliga a mantener actualizada su información personal, financiera y crediticia ("LA INFORMACIÓN") y reconoce que PACÍFICO SEGUROS podrá tratarla, actualizarla, completarla y realizar flujos transfronterizos conforme a ley.

e.2 PACÍFICO SEGUROS conservará, tratará y realizará flujos transfronterizos con LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato.

e.3 Para el tratamiento de LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE, PACÍFICO SEGUROS utilizará diversos Encargados ubicados en el Perú y el extranjero, los cuales se han puesto a disposición del EL CLIENTE y también se encuentran detallados en <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>.

e.4 Su información será incluida en el banco de datos de Usuarios que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo el número de registro RNPDP-PJ N.º 774, de titularidad de PACÍFICO SEGUROS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú.

e.5 EL CLIENTE puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público o por teléfono o a través del Chat ubicado en nuestra página web [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe).

El detalle de nuestra Política de Privacidad se encuentra disponible en:

<https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>.

**f) Envío de pólizas electrónicas:**

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 o comunicará el rechazo de la solicitud a través del domicilio contractual del Contratante. Para asegurar la integridad y autenticidad de la póliza, en caso la entrega se realice a través de correo electrónico, esta contará con la firma electrónica del representante de la Compañía y será enviada con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad.

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 la Entidad Financiera Comercializadora con motivo de la comercialización del mismo. 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. Las comunicaciones cursadas por el Asegurado a 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 Entidad Financiera Comercializadora, se consideran abonados a la Compañía..

**La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días de haber presentado la solicitud de seguro, si no media rechazo previo, según corresponda.**

Fecha de emisión

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Oficina

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Código vendedor

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Firma del Asegurado:

Firma del Cónyuge Asegurado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**COMPANIA DE SEGUROS:**  
**PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS**  
RUC 20332970411 / Teléfono 513-5000  
Av. Juan de Arona N° 830 Piso 5, San Isidro

**ENTIDAD FINANCIERA COMERCIALIZADORA:**  
«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»  
RUC «XXXXXXXXX» / Teléfono: «XXXXXXXXX»  
«Dirección Física»

**SOLICITUD DE SEGURO N°**   
**SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL II**

**PACÍFICO SEGUROS**  
R.U.C. N° 20332970411  
Teléfono 513-5000  
Av. Juan de Arona N° 830, Piso 5, San Isidro

**1. DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO (Titular 1):**

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: \_\_\_\_\_

**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): \_\_\_\_\_

**Completar sólo en caso de CRÉDITO mancomunado**

Nombres y Apellidos completos del Cónyuge Asegurado:

Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: \_\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Se considerará como domicilio del Cónyuge Asegurado el mismo domicilio contractual del Asegurado Titular.  
Cobertura del Saldo deudor por cada Asegurado: a) Al 100% ☐ b) Al 50% ☐

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

**Nro. de Solicitud de Crédito** (En adelante el "CRÉDITO"): \_\_\_\_\_

Moneda: Soles ( ) Dólares ( ) Monto: \_\_\_\_\_ Plazo (meses): \_\_\_\_\_

¿El presente préstamo está unificando e incluyendo créditos emitidos por «Nombre de la Entidad Financiera» pendientes a la fecha? (Consolidación de deuda) **SÍ** ( ) **NO** ( )

En caso de marcar **SÍ** llenar el siguiente detalle con los créditos y/o garantías hipotecarias unificadas incluyendo el nuevo préstamo solicitado:

| Crédito | Moneda                | Nro. de Crédito | Saldo a la fecha de la unificación |
|---------|-----------------------|-----------------|------------------------------------|
| 1       | S/ ( ) US\$ ( )       |                 |                                    |
| 2       | Soles ( ) Dólares ( ) |                 |                                    |
| 3       | Soles ( ) Dólares ( ) |                 |                                    |
| 4       | Soles ( ) Dólares ( ) |                 |                                    |
| 5       | Soles ( ) Dólares ( ) |                 |                                    |

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

- Soles: \_\_\_\_\_
- Dólares: \_\_\_\_\_
- **TOTAL** en «Moneda»: \_\_\_\_\_

(\*) La posición deudora incluye todos los créditos que el Asegurado mantiene vigentes ante «Nombre de la Entidad Financiera» a la fecha de firma del presente documento.

**3. DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO (Llenado por el Asegurado solo si su posición deudora total es mayor a «Moneda» «XX,XXXX.XX»)**

|   | Titular 1 |          | Titular 2 |          |
|---|-----------|----------|-----------|----------|
| 1. Indique <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cuál es su estatura?</li><li>• ¿Cuál es su peso?</li></ul>  | .....m.   | .....m.  | .....m.   | .....m.  |
|   | .....kg.  | .....kg. | .....kg.  | .....kg. |
| 2. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad física o mental, o; padece de algún impedimento o afectación física?  | SI        | NO       | SI        | NO       |
| 3. ¿Se le ha diagnosticado o se encuentra a la espera de un examen médico relacionado con las siguientes enfermedades?: infarto o enfermedad coronaria, arritmia, insuficiencia cardíaca, soplos cardíacos, hipertensión arterial, enfermedad cerebro-vascular, diabetes, enfermedad de la tiroides, lupus, enfermedad pulmonar, enfermedad mental, | SI        | NO       | SI        | NO       |

|  |    |    |    |    |
|--|----|----|----|----|
| enfermedades neurológicas, epilepsia, esclerosis múltiple, gota, hepatitis B o C, cirrosis hepática, insuficiencia renal, infección por VIH o SIDA, enfermedades de la sangre, alcoholismo o drogadicción? |    |    |    |    |
| 4. ¿En los últimos XX meses, le han realizado algún tratamiento médico o intervención quirúrgica?  | SI | NO | SI | NO |
| 5. ¿Le han diagnosticado cáncer o le han detectado algún tumor?  | SI | NO | SI | NO |
| 6. ¿Practica alguna actividad o deporte peligroso, en el cual está continuamente expuesto a riesgo de altura, quemaduras, golpes, cortes y/o amputaciones?   | SI | NO | SI | NO |
| 7. ¿Le han diagnosticado Covid-19, tiene alguno de los síntomas propios de este padecimiento, o ha estado en contacto con alguna persona que haya tenido esta enfermedad?                                  | SI | NO | SI | NO |
| 8. ¿Fuma más de XX cigarros diarios en promedio?<br>En caso afirmativo mencione la cantidad diaria aproximada:<br>T1: _____   T2: _____  | SI | NO | SI | NO |

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

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

#### 4. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

| COBERTURAS   | CONDICIONES   | PRINCIPALES EXCLUSIONES   |
|--|---|---|
| <b>Vida</b> (Muerte Natural y Muerte Accidental)   | Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.   | a) <b>Enfermedades o dolencias preexistentes; o, enfermedades congénitas.</b>   |
| <b>Invalidez Total y Permanente por Accidente</b>  | 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.  | b) <b>Suicidio, salvo para la cobertura de vida en caso el seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.</b><br>c) <b>Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.</b><br>d) <b>Participación activa en un acto tipificado como delito.</b><br>e) <b>Guerra, actividad y/o servicio militar o policial; actos de guerrilla, rebelión, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular.</b><br>f) <b>Participación en los siguientes deportes: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas, como piloto o acompañante.</b><br>g) <b>Estado etílico (proporción mayor de 0.5 gramos – litro en sangre), salvo cuando el asegurado hubiere sido sujeto pasivo; o, uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes.</b><br>h) <b>La participación del Asegurado en actos temerarios, entendidos como aquellos que ponen notoriamente en peligro su vida e integridad física.</b> |
| <b>Invalidez Total y Permanente por Enfermedad</b> | Disminución física o intelectual <u>irreversible y definitiva</u> , continua e ininterrumpida, 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.<br><b>Periodo de Carencia: «XX» meses.</b> | <b>Adicionalmente, se excluye la invalidez por accidente a consecuencia de “Accidentes Médicos”, infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.</b>   |

**SUMA ASEGURADA:** Saldo deudor del CRÉDITO concedido al Asegurado, existente al momento del fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se encuentre al día en sus pagos de conformidad con lo dispuesto en el acápite 4 de la presente Solicitud. El pago de cualquiera de estas coberturas antes indicadas determina la terminación de este seguro, respecto del Asegurado. **El beneficiario de las coberturas otorgadas es la Entidad Financiera Comercializadora.**

## Edades Límite y Sumas Aseguradas Máximas:

| Coberturas   | Edad Máxima de                          |                      | Suma Asegurada Máxima <sup>(1) (2)</sup> |
|--|---|----------------------|--|
|  | Ingreso                                 | Permanencia          |  |
| Para las coberturas de Vida, Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad | 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»                         |

(1) A partir de cumplidos los «XX» años, la Suma Asegurada Máxima para cualquiera de las coberturas indicadas 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».

La suma asegurada máxima por persona aplica a todos los créditos asegurados que tenga una misma persona. Se solicitará Declaración de Salud y/o exámenes médicos en caso el(los) Crédito(s) en vigencia supere(n) los «Moneda»«XXX,XXX.XX».

## 5. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde que la Entidad Financiera Comercializadora efectúe el desembolso del CRÉDITO o reprogramación del mismo, previa aprobación de la Compañía sobre las condiciones de asegurabilidad, la cual se dará con la emisión de la póliza. Tratándose de Créditos que superen los «Moneda»«XX,XXX.XX», el Asegurado deberá suscribir el formato de Declaración de Salud y/o Exámenes Médicos que le sean requeridos.
- **Fin de Vigencia:** Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; (ii) el Asegurado se encuentre al día en el pago de sus primas; (iii) el Asegurado no supere la Edad Límite de Permanencia antes indicada; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

## 6. PRIMA COMERCIAL:

### XX.XX% aplicable al saldo deudor insoluto/promedio diario

Las primas incluyen las comisiones por comercialización del seguro. Las primas no incluyen IGV. En la actualidad, las pólizas de vida están inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú. La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota del CRÉDITO, según el cronograma del mismo. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguros por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. En todo caso, transcurridos 90 días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

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

## 7. BENEFICIARIO DEL SEGURO:

El beneficiario de las coberturas del presente seguro es 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 a la Entidad Financiera Comercializadora, la suma asegurada que corresponda en un solo acto.

## 8. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO:

- 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 declaración inexacta o reticente efectuada con dolo o 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 de circunstancias relevantes que no 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.
- Por el 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.
- 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](http://www.pacificoseguros.com)) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP bajo Código SBS VI2007400135, 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)).
- La Compañía podrá notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección física y/o electrónica proporcionada, la misma que constituirá mi domicilio contractual. Me comprometo a informar por escrito cualquier variación con por lo menos 15 días calendario 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).

**e) Ley de Protección de Datos Personales:**

- e.1** Para la correcta ejecución de la relación contractual, EL CONTRATANTE / ASEGURADO ("EL CLIENTE") se obliga a mantener actualizada su información personal, financiera y crediticia ("LA INFORMACIÓN") y reconoce que PACÍFICO SEGUROS podrá tratarla, actualizarla, completarla y realizar flujos transfronterizos conforme a ley.
- e.2** PACÍFICO SEGUROS conservará, tratará y realizará flujos transfronterizos con LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato.
- e.3** Para el tratamiento de La INFORMACIÓN de EL CLIENTE, PACÍFICO SEGUROS utilizará diversos Encargados ubicados en el Perú y el extranjero, los cuales se han puesto a disposición del EL CLIENTE y también se encuentran detallados en <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>.
- e.4** Su información será incluida en el banco de datos de Usuarios que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo el número de registro RNPDP-PJ N.° 774, de titularidad de PACÍFICO SEGUROS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú.
- e.5** EL CLIENTE puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público o por teléfono o a través del Chat ubicado en nuestra página web [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe). El detalle de nuestra Política de Privacidad se encuentra disponible en: <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>

**f) Envío de pólizas electrónicas:**

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 o comunicará el rechazo de la solicitud a través del domicilio contractual del Contratante. Para asegurar la integridad y autenticidad de la póliza, en caso la entrega se realice a través de correo electrónico, esta contará con la firma electrónica del representante de la Compañía y será enviada con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad..

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 la Entidad Financiera Comercializadora con motivo de la comercialización del mismo. 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. Las comunicaciones cursadas por el Asegurado a 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 Entidad Financiera Comercializadora, se consideran abonados a la Compañía.

**La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días de haber presentado la solicitud de seguro, si no media rechazo previo, según corresponda.**

Fecha de emisión

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Oficina

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Código vendedor

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Firma del Asegurado:

Firma del Cónyuge Asegurado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**COMPANIA DE SEGUROS:**  
**PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS**  
RUC 20332970411 / Teléfono 513-5000  
Av. Juan de Arona N° 830 Piso 5, San Isidro

**ENTIDAD FINANCIERA COMERCIALIZADORA:**  
«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»  
RUC «XXXXXXXXX» / Teléfono: «XXXXXXXXX»  
«Dirección Física»