

Nombre del Intermediario:  Código del Intermediario:  Agencia:

**Seguro de Vida:**

Solicitud N°  Producto:

Solicitud N°  Producto:

**Seguro de Accidentes Personales:**

Solicitud N°  Producto:

Solicitud N°  Producto:

Complete cuidadosamente todas las preguntas de esta solicitud. Todos los campos son obligatorios y relevantes.

**1. DATOS DEL CONTRATANTE (SOLICITANTE)**

¿El Contratante es el propuesto asegurado? Sí ☐ No ☐ Vínculo con el propuesto asegurado:

**EN CASO DE PERSONA NATURAL** Apellidos y Nombre(s):

Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°  Nacionalidad:  Fecha de Nac.  /  /

Sexo: M ☐ F ☐ Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Conviviente ☐

Telefonos: Casa  Celular  Oficina

Ingreso anual en S/:  Empleador / Empresa:  Giro:

Cargo: Gerente ☐ Ejecutivo ☐ Empleado ☐ Otro ☐ Profesión  Ocupación

Realiza Labores: Administrativas ☐ Administrativas y operativas ☐ Administrativas y de campo ☐ Operativas y/o de Campo ☐

Indicar detalladamente actividades y tareas que desarrolla cotidianamente en su centro de trabajo:

Dirección de la empresa donde trabaja actualmente: Vía  N°  Int.  Mz.  Lote

Jr.  Av.  Calle

Tipo de agrupamiento  Nombre de agrupamiento  Distrito  Provincia  Departamento

**EN CASO DE PERSONA JURÍDICA:** Razón Social:

RUC:  Giro:  Ingreso anual en S/:

Nombre del representante legal:  Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°

Administrador / Gerente:  Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°

a) Dirección electrónica de facturación:  @

**DOMICILIO CONTRACTUAL EN CASO DE PERSONA NATURAL O PERSONA JURÍDICA:**

a) Dirección electrónica:  @

b) Dirección física: Vía  N°  Int.  Mz.  Lote

Jr.  Av.  Calle

Tipo de agrupamiento  Nombre de agrupamiento  Distrito  Provincia  Departamento

**2. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO (Completar solo si el propuesto asegurado es persona distinta al Contratante)**

Apellidos y Nombre(s):

Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°  Nacionalidad:  Fecha de Nac.  /  /

Sexo: M ☐ F ☐ Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Conviviente ☐

Telefonos: Casa  Celular  Oficina

Dirección electrónica (Correo electrónico):

Dirección física: Vía  N°  Int.  Mz.  Lote

Jr.  Av.  Calle

Tipo de agrupamiento  Nombre de agrupamiento  Distrito  Provincia  Departamento

Ingreso anual en S/:  Empleador / Empresa:  Giro:

Cargo: Gerente ☐ Ejecutivo ☐ Empleado ☐ Otro ☐ Profesión  Ocupación

Realiza Labores: Administrativas ☐ Administrativas y operativas ☐ Administrativas y de campo ☐ Operativas y/o de Campo ☐

Indicar detalladamente actividades y tareas que desarrolla cotidianamente en su centro de trabajo:

Dirección de la empresa donde trabaja actualmente: Vía  N°  Int.  Mz.  Lote

Jr.  Av.  Calle

Tipo de agrupamiento  Nombre de agrupamiento  Distrito  Provincia  Departamento

**3. DATOS FAMILIARES DEL PROPUESTO ASEGURADO**

(Llenar siempre)

Apellidos y Nombres

Fecha de Nacimiento

Sexo

Ocupación

Documento de Identidad

Nombre del Cónyuge					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					

4. BENEFICIARIOS

CESIÓN DEL DERECHO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (Solo en caso de que el Contratante sea persona distinta al Propuesto Asegurado)

El Contratante cede en forma expresa incondicional y de manera irrevocable a favor del Propuesto Asegurado, el derecho a nombrar al beneficiario o los beneficiarios del contrato de seguro de ser aprobada esta solicitud, De esta manera, el Propuesto Asegurado podrá modificar la designación de los beneficiarios, detallados a continuación, las veces que lo considere necesario.

Sí☐No☐

En caso deje sin contestar esta pregunta se considerará “No” como respuesta.

A. EXCEPTO PARA FONDO UNIVERSITARIO

Beneficiarios principales: (Apellidos, Nombres)	Parentesco/Vínculo	Fecha Nacimiento	Porcentaje %	Documento de identidad

Beneficiarios contingentes: (Apellidos, Nombres)	Parentesco/Vínculo	Fecha Nacimiento	Porcentaje %	Documento de identidad

B. SOLO PARA FONDO UNIVERSITARIO

Beneficiario (recibirá las cuotas del beneficio en caso sea mayor de edad, salvo que el Propuesto Asegurado haya optado por recibir directamente el beneficio)

(Apellidos y Nombres)	Parentesco	Fecha Nacimiento	Sexo (M/F)	Documento de identidad

El Propuesto Asegurado solicita la opción de cobrar directamente las cuotas del beneficio (sin importar la edad del beneficiario).

Sí☐No☐

Apoderado para Fondo Universitario (en caso el Asegurado falleciera y el beneficiario sea menor de edad)

(Apellidos y Nombres)	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	Documento de Identidad

El parentesco se define en relación al Propuesto Asegurado.

5. TIPO DE SEGURO DE VIDA SOLICITADO

PARA SER LLENADO POR EL INTERMEDIARIO

Tipo de riesgo: ( ) Estándar ( ) Preferencial

Necesidad estimada de cobertura de vida según el Análisis de Necesidades (ADN) en «Moneda»: \_\_\_\_\_

Indicar (X) los seguros de vida, la moneda de éstos y las sumas aseguradas de la cobertura básica y coberturas adicionales:

Cobertura Básica		Coberturas Adicionales					
Seguro de Vida	Vida Principal	Beneficio Muerte Accidental	Beneficio Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Beneficio Invalidez Accidental y Desmembramiento	Exención de Deducción Mensual / Pago de Primas	Beneficio en Vida de Enfermedades Graves	Riders Temporales T55 ( ) T65 ( )
( ) Seguro de Vida Inversión Platino Soles <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>		MAV	ITV	IAV	EDV	–No Aplica–	
( ) Seguro de Vida Inversión 65 Plus						–No Aplica–	

Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>							
( ) Seguro de Vida Inversión Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>		BMA	ITP	BIA	EDM	BEG	
( ) Seguro de Vida Inversión Oro Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>							
( ) Seguro de Vida Inversión 65 Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>							
( ) Seguro de Vida Devolución Total Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>						-No Aplica-	-No Aplica-
( ) Vida Temporal 65 Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>					EPP	-No Aplica-	-No Aplica-
( ) Vida Temporal Oro Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>					-No Aplica-	-No Aplica-	-No Aplica-
( ) Temporal Platino Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>		BM2	IT2	BI2	IMPORTANTE - Indicar el número de años del seguro temporal solicitado: 10 años ( ) 15 años ( ) 20 años ( ) 25 años ( ) 30 años ( )		

SÓLO PARA SEGURO DE VIDA INVERSIÓN, SEGURO DE VIDA INVERSIÓN ORO, SEGURO DE VIDA INVERSIÓN PLATINO, SEGURO DE VIDA INVERSIÓN 65 Y SEGURO DE VIDA INVERSIÓN 65 PLUS:

Suma Asegurada	Fondos de Inversión							
( ) Creciente ( ) Nivelada	Cuenta Individual				Cuenta de Excedentes			
	Fondos (Marque solo una opción)				Fondos (Marque solo una opción)			
	Garantizados	Controlados	Balanceados	Capitalización	Garantizados	Controlados	Balanceados	Capitalización
	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX
	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX

**IMPORTANTE:** Cada fondo seleccionado y la prima del producto deben estar en la misma moneda. Luego de la contratación del seguro, únicamente se podrán solicitar cambios de fondos entre los fondos que se encuentren disponibles en la misma moneda.

SOLO PARA SEGURO DE VIDA DEVOLUCIÓN TOTAL:

	PLAZO DE CONTRATACIÓN O VIGENCIA DE LA PÓLIZA		
	XX años <input type="text"/>	XX años <input type="text"/>	XX años <input type="text"/>
Porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos correspondientes a la cobertura de Vida Principal en caso de terminación anticipada de la póliza(*)	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%

(\*) El Retorno de Primas al finalizar el plazo de contratación de la póliza será equivalente al **100%** de las primas pagadas por la cobertura de Vida Principal netas de impuestos. El Retorno de Primas no incluye la parte de la prima comercial correspondiente a las coberturas adicionales que sean contratadas.

SOLO PARA FONDO UNIVERSITARIO

Moneda: Soles  Dólares  Suma Asegurada: \_\_\_\_\_  
 Plazo de Inversión: \_\_\_\_\_ años (10-18 años)    Nro. cuotas anuales del pago del beneficio: \_\_\_\_\_ (1 a 5)

Declaración del Contratante para los Seguros de Vida Inversión, Vida Inversión Oro, Vida Inversión Platino, Vida Inversión 65, Vida Inversión 65 Plus o Fondo Universitario

Declaro haber recibido por parte del intermediario que figura en la presente solicitud el documento “Cálculo de Proyección” respecto del producto solicitado, cuyas características me han sido explicadas en su totalidad. Asimismo, declaro conocer que, salvo para el Fondo Garantizado, los rendimientos de la Cuenta Individual y Cuenta de Excedentes varían en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que respaldan los portafolios elegidos por el Contratante. Asimismo, declaro conocer que, salvo para el Fondo Garantizado, Pacífico Seguros (en adelante la Compañía) no ofrece garantía alguna de rentabilidad ni de capital, consecuentemente los rendimientos acreditados en las

cuentas para fondos distintos al Fondo Garantizado podrán ser positivos o negativos, dependiendo del resultado de las inversiones de los portafolios elegidos.

6. TIPO DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES SOLICITADO

Marcar con una (X) el plan seleccionado y la moneda:

**A. Viva Seguro** <sup>(1) y (2)</sup>  
Soles ☐ Dólares ☐

Titular ☐

Titular+Cónyuge+Hijos ☐

Titular+Cónyuge ☐

Titular+Hijos ☐

	Solo opciones (T+C+H) y (T+C)		Para todas las Opciones							
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8		
Muerte Accidental	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		

**Cónyuge:** 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular / **Cada hijo:** XX.XX por Muerte Accidental en cualquier evento.

Para todas las Opciones

	Plan 9	Plan 10	Plan 11	Plan 12	Plan 13	Plan 14	Plan 15	Plan 16	Plan 17	
Muerte Accidental										
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	

**Cónyuge:** 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular / **Cada hijo:** XX.XX por Muerte Accidental en cualquier evento.

**B. Accidentes Cobertura Total** <sup>(2), (3) y (4)</sup>  
Soles ☐ Dólares ☐

Solo Lima ☐

Solo Provincias ☐

Titular ☐

Titular+Cónyuge ☐

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	
Muerte Accidental Básica	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Indemnización diaria por hospitalización en caso de Accidente.	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Indemnización diaria por hospitalización en caso de Accidente – UCI(*)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	

**Cónyuge:** 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular.      (\*) UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

**C. Educación Segura** <sup>(2), (3), (4) y (5)</sup>  
Soles ☐ Dólares ☐

Titular ☐

Titular+Cónyuge ☐

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	
Muerte Accidental Básica	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	

**Cónyuge:** 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular.

**D. Accidentes Triple Cobertura** <sup>(1), (2), (3) y (4)</sup>  
Soles ☐ Dólares ☐

Titular ☐

Titular+Cónyuge+Hijos ☐

Titular+Hijos ☐

	Solo opción (T+C+H)		Para todas las Opciones							
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8		
Muerte Accidental Básica	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		
			Plan 9	Plan 10	Plan 11	Plan 12	Plan 13	Plan 14		
			XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		

**Cónyuge:** 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular / **Cada hijo:** XX.XX por Muerte Accidental en cualquier evento.

**E. Accidentes Reembolso** <sup>(2)</sup>  
Soles ☐ Dólares ☐

Titular ☐

Titular+Cónyuge ☐

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8	
Muerte Accidental	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Máximo Reembolso de gastos médicos por accidente (*)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	

**Cónyuge:** 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular.

(\*) Se reembolsarán los gastos efectivamente incurridos y sustentados en comprobantes de pago originales. Aplica deducible de XX.

F. Seguro Accidentes Devolución Total

Soles ☐ Dólares ☐

	Plan 1		Plan 2		Plan 3		Plan 4		Plan 5
Muerte Accidental	XXXX		XXXX		XXXX		XXXX		XXXX
Invalidez Total y Permanente por Accidente	XXXX		XXXX		XXXX		XXXX		XXXX

Plazo de Contratación (Marque solo una opción)

XX años ☐

XX años ☐

XX años ☐

Porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos (\*)

Del año XX al año XX: XX%

Del año XX al año XX: XX%

Del año XX al año XX: XX%

Del año XX al año XX: XX%

Del año XX al año XX: XX%

Del año XX al año XX: XX%

(\*) El Retorno de Primas al finalizar el plazo de contratación de la póliza será equivalente al «XX»% de las primas pagadas netas de impuestos.

(1)Para todos los planes de seguros de accidentes familiares solo se puede asegurar a un máximo de 5 hijos, entre 1 año y 18 años.

(2)Para todos los planes de seguros de accidentes familiares, “Titular” se refiere al Asegurado Principal de la póliza.

(3)Para Accidentes Triple Cobertura, Educación Segura y Accidentes Cobertura Total en caso de Muerte por accidente en transporte público (terrestre o acuático), la suma asegurada total será dos veces la suma asegurada por Muerte accidental básica elegida.

(4)Para Accidentes Triple Cobertura, Educación Segura y Accidentes Cobertura Total en caso de Muerte por accidente en transporte Aéreo, la suma asegurada total será tres veces la suma asegurada por Muerte accidental básica elegida.

(5)Para Educación Segura, la suma asegurada será dividida y pagada en 60 rentas fijas mensuales.

DATOS DEL CÓNYUGE (En caso de tomar un Plan Familiar) Indicar detalladamente las actividades que realiza en su centro de trabajo:

7. IMPORTE, FRECUENCIA Y MODALIDAD DE PAGO DE LA PRIMA

SOLO PARA SEGURO DE VIDA INVERSIÓN, INVERSIÓN ORO, INVERSIÓN PLATINO, INVERSIÓN 65 E INVERSIÓN 65 PLUS

Indicar Moneda: US\$ ☐ S/ ☐

Prima Comercial

Prima de Excedentes

I.G.V.

Prima Total

Prima de excedentes regular mayor o igual a \$ XX.XX o S/ XX.XX mensuales, según corresponda.

Sí ☐ No ☐

PARA TODOS LOS SEGUROS

Producto	Código SBS	Frecuencia de Pago (M,S,A)	Modalidad (CB,TC,CU)	Moneda	Prima Total
1. Seguro de Vida Inversión Platino	VI2007100113	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Seguro de Vida Inversión 65 Plus	VI2007100141	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Seguro de Vida Inversión	VI2007100099	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seguro de Vida Inversión Oro	VI2007100105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seguro de Vida Inversión 65	VI2007100142	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Seguro de Vida Devolución Total	VI2007100145	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vida Temporal 65	VI2007100003	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vida Temporal Oro	VI2007100002	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vida Temporal Platino	VI2007100124	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fondo Universitario	VI2007100051	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. Viva Seguro	AE2006100087	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Accidentes Cobertura Total	AE2006100095	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Educación Segura	AE2006100106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Accidentes Triple Cobertura	AE2006100086	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Accidentes Reembolso	AE2006100117	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Seguro Accidentes Devolución Total	AE2006100219	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S/ <input type="checkbox"/> o US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frecuencia: Mensual (M), Semestral (S) y Anual (A)

Modalidad: Cargo Automático de cuenta bancaria (CB) Cargo automático en tarjeta de crédito (TC) y Cupón (CU).

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234° y 1237° del Código Civil. De aceptar la Compañía la presente solicitud, las primas podrán pagarse en Dólares Americanos o Nuevos Soles al tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago. El tipo de cambio venta se publica diariamente en las ventanillas de las entidades recaudadoras.

**IMPORTANTE:** Las primas y las sumas aseguradas de cada uno de los seguros solicitados deben estar en la misma moneda.

- Si usted ha elegido cargo automático, deberá llenar el formato adjunto de autorización de débito en cuenta bancaria o tarjeta de crédito.
- Las primas de los seguros de vida contratadas por personas naturales no incluyen el IGV. Actualmente, las pólizas de seguro de vida se encuentran inafectas del IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural que reside en el Perú.

**Oportunidad de pago - Consecuencias del incumplimiento:** La fecha de vencimiento de las primas pactadas será el primer día calendario de cada mes/semestre/año, según frecuencia de pago elegida. 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 de Seguro.

Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima, el contrato de seguro quedará extinguido. En caso de los seguros con componente de inversión, el incumplimiento del pago de la prima originará la reducción del plazo de contratación (prórroga) de conformidad con lo establecido en la respectiva póliza.

## 8. DECLARACIÓN DE SALUD E INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

**Completar en caso de solicitar un seguro de vida y/o accidentes personales:**

- Indique: Estatura: \_\_\_\_\_(m)      Peso: \_\_\_\_\_(kg)      **SÍ**      **NO**
- 1) ¿Ha perdido peso en los últimos 12 meses?      ( )      ( )
- 2) ¿Actualmente padece usted o ha padecido de alguna enfermedad física o mental, impedimento o afectación física, secuela de accidente previo o está recibiendo tratamiento médico de algún tipo y/o se encuentra en periodo de control u observación por alguna condición médica?      ( )      ( )
- En caso su respuesta sea positiva, especifique: \_\_\_\_\_
- 3) ¿Ha sufrido alguna vez de presión arterial anormal, úlcera, tuberculosis, hernia, diabetes, insulino dependencia, vértigos, mareos, cáncer; o ha tenido o tiene actualmente tumores o sangrados anormales, parálisis, reumatismo, gota, cualquier trastorno o enfermedad del sistema nervioso, genito urinario; o, tiene problemas crónicos de riñón, digestivos, trastornos de la columna vertebral, corazón o pulmones, cirugía de revascularización coronaria, by pass, anemia crónica?      ( )      ( )
- En caso su respuesta sea positiva, especifique: \_\_\_\_\_

**Completar en caso de solicitar un seguro de vida:**

- |                                                                                                                                                                           | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |                                                                                                                                                                      | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 4.- Durante los últimos 5 años:                                                                                                                                           |           |           | c.- ¿Ha tenido o le han informado que tiene pruebas sanguíneas positivas para anticuerpos del virus del SIDA?                                                        | ( )       | ( )       |
| a.- ¿Ha consultado algún médico para ser examinado, tratado o aconsejado?                                                                                                 | ( )       | ( )       | d.- ¿Tiene usted alguno de los siguientes síntomas sin explicación: Fatiga, pérdida de peso, diarrea, gánglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones en la piel? | ( )       | ( )       |
| b.- ¿Ha sido usted examinado a través de un electrocardiograma, rayos X, análisis de sangre u otros exámenes de diagnóstico?                                              | ( )       | ( )       | 8.- ¿Consume bebidas alcohólicas con regularidad? (En caso afirmativo detalle qué y cuánto bebe a la semana) _____                                                   | ( )       | ( )       |
| c.- ¿Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio u otros establecimientos médicos?                                                                                   | ( )       | ( )       | 9.- ESTAS PREGUNTAS SOLO PARA MUJERES                                                                                                                                |           |           |
| d.- ¿Se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no hubiera realizado?                                                                            | ( )       | ( )       | a.- ¿Ha sido sometida a algún tratamiento en los senos u órganos reproductivos?                                                                                      | ( )       | ( )       |
| 5.- Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de:                                                                                                            | ( )       | ( )       | b.- ¿está usted embarazada en la actualidad? Meses: _____                                                                                                            | ( )       | ( )       |
| a.- ¿Cáncer, tumores, quistes, pólipos, leucemia, anemia aplásica medular u otra enfermedad de la sangre?                                                                 | ( )       | ( )       |                                                                                                                                                                      |           |           |
| b.- ¿Diabetes, gánglios linfáticos inflamados, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, epilepsia, derrame o infarto cerebral o enfermedad de tipo mental o nerviosa? | ( )       | ( )       |                                                                                                                                                                      |           |           |
|                                                                                                                                                                           | ( )       | ( )       |                                                                                                                                                                      |           |           |
| d.- ¿Enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato reproductor?                                                                                                   | ( )       | ( )       | 10.- MEDICO PARTICULAR                                                                                                                                               |           |           |
| e.- ¿Enfermedad del hígado, de la vesícula, del páncreas o del aparato digestivo?                                                                                         | ( )       | ( )       | Nombre: _____                                                                                                                                                        |           |           |
| f.- ¿Asma, enfisema u otra enfermedad respiratoria?                                                                                                                       | ( )       | ( )       | Dirección: _____                                                                                                                                                     |           |           |
|                                                                                                                                                                           |           |           | Teléfono: _____                                                                                                                                                      |           |           |
|                                                                                                                                                                           |           |           | Fecha y razón de última consulta: _____                                                                                                                              |           |           |

g.- ¿Defecto severo de la vista o del oído, afectación física, enfermedades o condiciones relacionadas a discos intervertebrales, tales como artritis, reumatismo, dolores en la espalda o articulaciones o cualquier padecimiento o trauma relacionado a la columna vertebral (paraplejía)? ( ) ( )

6.a.- ¿Tiene usted la intención de buscar consejo médico, tratamiento, cirugía o hacer cualquier examen médico? ( ) ( )

6.b.- ¿Tiene usted, ha tenido o ha sido tratado por alcoholismo o adicción a las drogas? ( ) ( )

6.c.- ¿En la actualidad está tomando algún medicamento? ( ) ( )

7.- SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)  
a.- ¿Ha recibido usted tratamiento o consejo médico en relación al sida o condiciones relacionadas con él o en relación a enfermedades de transmisión sexual? ( ) ( )  
b.- ¿Le han dicho que ha tenido SIDA o el complejo relacionado con el SIDA? ( ) ( )

( ) ( )

( ) ( )

## 11.- INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA DEL PROPUESTO ASEGURADO

a) ¿Hay en su familia (hasta el tercer grado de consanguinidad) antecedentes de enfermedades del corazón, derrame cerebral, cáncer, enfermedades de los riñones, diabetes o hipertensión antes de los 65 años, tuberculosis, trastornos mentales o desordenes hereditarios? Sí ☐ No ☐

b) Completar el siguiente cuadro de historia familiar:

CUADRO DE HISTORIA FAMILIAR	EDAD (si viven)	ESTADO DE SALUD / CAUSA DE FALLECIMIENTO	EDAD AL MORIR
Padre:			
Madre:			
Hermanos(as) N° Vivos			
N° Fallecidos			

## 12. En caso alguna(s) de sus respuestas anteriores (Preguntas del 1 al 11) haya sido afirmativa, indique a continuación:

PREG. N°	ENFERMEDAD O DOLENCIA (diagnóstico, duración, grado de recuperación, operación)	FECHA	ESTADO ACTUAL	MÉDICOS / HOSPITALES (nombres y direcciones)
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

## 13. DECLARACIÓN DE NO FUMADOR DEL PROPUESTO ASEGURADO

a.- ¿Fuma actualmente o ha fumado en los últimos **12 meses\*** (cigarrillos, pipas, etc.) o ha consumido tabaco en cualquier forma?

Sí ☐ No ☐

Mencione la cantidad diaria aproximada: Cantidad:  Tipo:

☐

b.- ¿Tiene usted intención de empezar o volver a fumar?

Sí ☐ No ☐

## DECLARACIÓN DE NO FUMADOR

El propuesto asegurado declara libre y voluntariamente que actualmente no fuma, ni ha fumado en los últimos **doce (12) meses\*\*** cigarrillos, pipas, puros u otros similares que contengan tabaco y que no tiene intención de empezar o volver a fumar.

El propuesto asegurado acepta expresamente que en caso la presente declaración fuese total o parcialmente falsa o inexacta, la o las pólizas de seguro para no fumadores emitidas conforme a la presente solicitud, se considerarán pólizas para fumadores. En este caso, la Compañía podrá optar entre el incremento de la prima (debiendo el Contratante regularizar el pago de la diferencia adeudada) o la reducción del capital asegurado o indemnización a la suma correspondiente a dicho tipo de póliza. Sí ☐ No ☐

(\*) Para el Seguro de Vida Inversión Platino y el Seguro de Vida Inversión 65 Plus son **24 meses**.

## 14. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

### Completar en caso de solicitar un seguro de vida y/o accidentes personales:

a.- ¿Actualmente tiene usted o su cónyuge (de ser el caso) en vigencia algún seguro de vida, de accidentes, alguna solicitud pendiente, o algún anticipo o préstamo sobre póliza en vigor en esta u otra compañía?

Sí ☐

No ☐

En caso afirmativo detallar a continuación:

Año de emisión	Compañía	Tipo de plan	Suma asegurada	Principal/Cónyuge	Préstamo

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

Si su respuesta es “Sí” en cualquiera de las siguientes preguntas, complete la Sección 9 “Detalles Adicionales y/o Instrucciones Especiales”.

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| b.- Indique si el plan de seguro que está solicitando servirá para reemplazar alguna póliza existente de vida, retiro, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica.                                                                                            | ( )       | ( )       |
| c.- ¿Le ha sido alguna vez rechazada, pospuesta, aceptada con cargo, modificada en modo alguno una solicitud o rehabilitación de un seguro de vida, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica contemplada en otra compañía?                                  | ( )       | ( )       |
| d.- Practica o ha realizado deportes o cultiva aficiones que puedan considerarse peligrosas tales como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia.<br>Especifique: _____<br>¿Algún otro deporte o afición de alto riesgo? Especifique: _____ | ( )       | ( )       |

Se consideran deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, a aquellas en las cuales el Asegurado esté continuamente expuesto a caídas, quemaduras, golpes, cortes, amputaciones, ahogo y/o muerte.

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| e.- Indique si cumple o ha cumplido funciones públicas en los 2 últimos años sea en territorio nacional o extranjero.                                                                                                                                                                                              | ( ) | ( ) |
| f.- Indique si es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional.                                                                                                                                                                                                                                  | ( ) | ( ) |
| g.- ¿El solicitante viaja en aeronaves o líneas no comerciales? (Se entenderá por aeronaves o líneas no comerciales, a aquellas que no pertenezcan a una línea aérea establecida y/o que no cuente con recorridos y/o itinerarios regulares o fijos) (En caso afirmativo, llenar el cuestionario correspondiente). | ( ) | ( ) |
| h.- ¿Realiza usted alguna otra actividad o tiene usted algún otro hábito que pueda afectar su vida o su salud?                                                                                                                                                                                                     | ( ) | ( ) |
| i.- El contratante y/o asegurado ha nacido en EEUU, tiene nacionalidad americana, tiene permiso de residencia en los EEUU, o tiene residencia fiscal en un país distinto a Perú. (Al marcar “sí” debe completar la Declaración Jurada de Residencia Fiscal para Personas Naturales)                                | ( ) | ( ) |

#### IMPORTANTE:

En caso el contratante sea Persona Jurídica: De acuerdo con las regulaciones FATCA y/o CRS todas las empresas que contraten un producto/póliza de seguros, que tengan algún componente de ahorro y/o inversión, deben completar una Declaración de Residencia Fiscal y actividad económica.

#### Completar en caso de solicitar un seguro de vida:

- |                                                                                                   |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| j.- ¿Consume actualmente o ha consumido en los últimos 12 meses drogas o medicinas no prescritas? | ( ) | ( ) |
| k.- ¿Ha sido acusado o ha participado en actos calificados como delitos?                          | ( ) | ( ) |
| l.- ¿Ha tenido algún trasplante de órgano?                                                        | ( ) | ( ) |

#### 15. DECLARACIÓN DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR: Completar solo para solicitudes de Accidentes Familiares.

- Con relación a la pregunta 2 de la Declaración de Salud contestada por usted. Si la respuesta fuese afirmativa para algún miembro de su familia propuesto para este seguro, debe necesariamente indicarlo a continuación.
- Con relación a las preguntas 3 de la Declaración de Salud y las preguntas 14.a hasta la 14.k contestadas por usted. Si alguna de las respuestas fuesen afirmativas para algún miembro de su familia propuesto para este seguro, debe necesariamente indicarlo en el cuadro siguiente. (No es aplicable para el caso de Accidentes Triple Cobertura).
- El Contratante y el Propuesto Asegurado declaran bajo juramento que no omiten alguna información relevante vinculada al estado de salud de los familiares propuestos para este seguro, y que la información aquí proporcionada es absolutamente veraz y que la Compañía utiliza tal información para evaluar el riesgo que se solicita asegurar.

Nº de Pregunta	¿Quién?	Detalle

#### 9. DETALLES ADICIONALES Y/O INSTRUCCIONES ESPECIALES (Completar si respondió “Sí” en cualquiera de las preguntas de la INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO)

#### 10. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

- 1.- Por medio del presente documento solicito a la Compañía la emisión del(de los) seguro(s) antes indicado(s) y reconozco que no habrá contrato(s) de seguro a menos que la Compañía encuentre satisfactorias las condiciones de asegurabilidad y todos los requisitos solicitados respecto del propuesto asegurado y/o contratante, manifestando su aprobación a través de la emisión de la(s) póliza(s) de seguro respectiva(s). Asimismo declaro conocer que la Compañía no procesará solicitudes con datos, documentos o evaluaciones incompletas. Los requisitos mínimos para iniciar la evaluación de este documento son: copia del Documento de Identidad del contratante y del propuesto asegurado, voucher de pago de la prima provisional (depósito inicial) y formato modalidad de pago para débito automático. Sin perjuicio de ello, la Compañía podrá solicitar requisitos adicionales. Durante la evaluación de la presente solicitud, si el contratante es persona natural, la Compañía otorgará una cobertura provisional, cuyos límites, términos y condiciones figuran en el Certificado de



cobertura provisional correspondiente. En caso la presente solicitud sea rechazada, la Compañía devolverá el monto de la prima provisional que haya sido abonado sin intereses. Declaro conocer que para cualquier consulta podré comunicarme al 513-5000 o ingresar a la página web de la Compañía ([www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe)).

- 2.- La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la solicitud de seguro con todos los requisitos solicitados por la Compañía, si no media rechazo previo. Para estos efectos autorizo a la Compañía a que realice la entrega de la póliza, indistintamente, en la dirección física elegida o en mi dirección electrónica y declaro expresamente: (i) haber sido informado sobre la forma, procedimiento, ventajas y posibles riesgos asociados al envío de la póliza por medios electrónicos; (ii) tener conocimiento sobre las medidas de seguridad que me corresponde aplicar; (iii) conocer que se confirmará la recepción de la póliza a través de un sistema informático que verifica si el correo electrónico enviado llegó a la bandeja de entrada de mi dirección electrónica; y, (iv) aceptar que, a efectos de garantizar la autenticidad e integridad de la póliza, ésta 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 podré acceder digitando el número de mi documento de Identidad.
- 3.- Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con la evaluación de la presente solicitud, con la(s) póliza(s) de seguro solitada(s) y con la(s) póliza(s) contratada(s) anteriormente con la Compañía, de ser el caso, a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación con por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica comunicada a la Compañía.
- 4.- El Propuesto asegurado, se compromete a realizar las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registro de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información o documentación solicitada por la Compañía en caso de siniestro, incluyendo la referida al VIH/SIDA.
- 5.- Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por La Compañía se encuentra disponible en la página web de la Compañía ([www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe)) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) bajo los Código SBS indicados en la sección 7 de esta solicitud, 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)).
- 6.- Declaro conocer que ningún intermediario estará facultado para ofrecer excepciones a las condiciones establecidas por la Compañía y que el titular de la(s) póliza(s) emitida(s) en virtud de este documento será el Contratante (Solicitante). **Asimismo, declaro conocer que la Compañía no autoriza a su personal a recibir suma de dinero alguna en forma personal. En tal sentido, la Compañía no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el Contratante y/o Asegurado decida entregar al personal de la Compañía distinto al encargado de las cajas autorizadas a pesar de conocer esta prohibición.**
- 7.- CONFIRMO que las declaraciones y respuestas precedentes, sobre mi vida y persona, son completas, auténticas, correctamente transcritas y forman parte de la solicitud de seguro. Asimismo, confirmo que todas las declaraciones y respuestas dadas o que hayan de hacerse al médico examinador, formularios, cuestionarios y enmiendas, son completas, verídicas y obligatorias para todas las partes interesadas en la(s) póliza(s) solicitada(s). Es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad o declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable determina la nulidad del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro y, en consecuencia, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad de conformidad con las normas vigentes. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta de circunstancias relevantes que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, la Compañía informará la revisión del contrato; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el contrato de seguro.
- 8.- **Derecho de arrepentimiento:** Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la póliza o nota de cobertura provisional, el Contratante tendrá la facultad de resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima inicial que hubiese recibido sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.
- 9.- **Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):**
  - 9.1. Por la presente cláusula PACIFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO que, de acuerdo a la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS y las demás disposiciones complementarias, PACIFICO SEGUROS está legalmente autorizada para tratar la información que EL CONTRATANTE le entregue al momento de contratar la Póliza, (en adelante la "Información") con la finalidad de ejecutar la relación contractual que origina este contrato. Asimismo, PACIFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO que, para dar cumplimiento a las obligaciones y/o requerimientos que se generen en virtud de las normas vigentes en el ordenamiento jurídico peruano, incluyendo pero sin limitarse a las vinculadas al sistema de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y normas prudenciales, PACIFICO SEGUROS podrá dar tratamiento y eventualmente transferir su Información a autoridades y terceros autorizados por ley. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO, reconoce que estarán incluidos dentro de su Información todos aquellos datos, operaciones y referencias a los que PACIFICO SEGUROS pudiera acceder en el curso normal de sus operaciones, ya sea por haber sido proporcionados por EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO o por terceros o por haber sido desarrollados por PACIFICO SEGUROS tanto en forma física, oral o electrónica y que pudieran calificar como "Datos Personales" conforme a la legislación de la materia. En virtud de lo señalado anteriormente EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza expresamente a PACIFICO SEGUROS a incorporar su Información al banco de datos personales de usuarios de responsabilidad de PACIFICO SEGUROS para que este pueda almacenar, dar tratamiento, procesar y transferir su Información a sus subsidiarias, afiliadas y/o socios comerciales listados en la página web de PACIFICO SEGUROS [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe) (las "Terceras Empresas") conforme a los procedimientos que PACIFICO SEGUROS determine en el marco de sus operaciones habituales, para efectos de los fines señalados en los párrafos anteriores.

**9.2.** Asimismo, EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza a PACIFICO SEGUROS a utilizar su Información a efectos de: (i) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquiera de los productos o servicios que PACIFICO SEGUROS brinda, incluyendo pero sin estar limitado a seguros de riesgos generales (incluido SOAT), seguros de vida, de accidentes personales o de rentas vitalicias; (ii) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquier otra Póliza, producto o servicio de PACIFICO SEGUROS o de las Terceras Empresas; y, (iii) Transferirla a las Terceras Empresas a efectos de que cada una de ellas pueda ofrecerle sus productos o servicios, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático.

**9.3.** EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO reconoce haber sido informado que su Información podrá ser conservada, tratada y transferida por PACIFICO SEGUROS a las Terceras Empresas hasta diez años después de que finalice su relación contractual con PACIFICO SEGUROS. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y; revocación; siempre que cumpla con los requisitos exigidos por las normas aplicables, dirigiéndose a PACIFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público; a través de la página web de PACÍFICO SEGUROS [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe); o, por teléfono.

**9.4.** EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO se obliga a mantener permanentemente actualizada su Información durante la vigencia de este contrato, especialmente en cuanto se refiere a su nacionalidad, lugar de residencia, situación fiscal o composición accionaria de ser el caso.

En \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Ciudad)

**Firma del Intermediario**  
(Consignar la firma del DNI)

**Firma del Propuesto Asegurado**  
(Consignar la firma del DNI)

**Firma del Cónyuge**  
(En caso de requerir  
productos familiares  
de Accidentes  
Personales)  
(Consignar la firma  
del DNI)

**Firma del Contratante**  
(Si es distinto del Propuesto  
Asegurado, si es Persona Jurídica,  
incluir cargo y sello) (Consignar la  
firma del DNI)

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma

Nombre del Intermediario:  Código del Intermediario:  Agencia:

**N° de Solicitud de Seguro de Vida:**

- |                                                    |                      |                                                     |                      |
|----------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|----------------------|
| 1. Vida Temporal Platino (VI2007100124):           | <input type="text"/> | 2. Seguro de Vida Inversión Platino (VI2007100113): | <input type="text"/> |
| 3. Seguro de Vida Inversión Oro (VI2007100105):    | <input type="text"/> | 4. Fondo Universitario (VI2007100051):              | <input type="text"/> |
| 5. Seguro de Vida Inversión 65 (VI2007100142):     | <input type="text"/> | 6. Seguro de Vida Inversión 65 Plus (VI2007100141): | <input type="text"/> |
| 7. Seguro de Vida Devolución Total (VI2007100145): | <input type="text"/> |                                                     |                      |

Complete cuidadosamente todas las preguntas de esta solicitud con tinta negra o azul y en mayúsculas. Todos los campos son obligatorios y relevantes.

**1. DATOS DEL CONTRATANTE (SOLICITANTE)**

¿El Contratante es el propuesto asegurado? Sí ☐ No ☐ Vínculo con el propuesto asegurado:

**EN CASO DE PERSONA NATURAL** Apellidos y Nombre(s):

Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°  Nacionalidad:  Fecha de Nac.  /  /

Telefonos: Casa (  ) Móvil (  ) Oficina (  )

Sexo: M ☐ F ☐ Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Conviviente ☐

Ingreso anual en S/:  ¿De dónde provienen sus ingresos?

Empleador / Empresa donde trabaja:  Giro:

Cargo: Gerente ☐ Ejecutivo ☐ Empleado ☐ Otro ☐ Profesión  Ocupación

Realiza Labores: Administrativas ☐ Administrativas y operativas ☐ Administrativas y de campo ☐ Operativas y/o de Campo ☐

Indicar detalladamente actividades y tareas que desarrolla cotidianamente en su centro de trabajo:

Dirección de la empresa donde trabaja actualmente: Vía  N°  Int.  Mz.  Lote

Jr.  Av.  Calle

Tipo de agrupamiento  Nombre de agrupamiento  Distrito  Provincia  Departamento

**EN CASO DE PERSONA JURÍDICA:** Razón Social:

RUC:  Giro:  Ingreso anual en S/:

Nombre del representante legal:  Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°

Administrador / Gerente:  Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°

a) Dirección electrónica de facturación:  @

**DOMICILIO CONTRACTUAL (EN CASO DE PERSONA NATURAL O PERSONA JURÍDICA):**

a) Dirección electrónica (Correo Electrónico):

b) Dirección Física: Vía  N°  Int.  Mz.  Lote  Tipo de agrupamiento

Jr.  Av.  Calle

Tipo de agrupamiento  Nombre de agrupamiento  Distrito  Provincia  Departamento

**2. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO (Completar solo si el propuesto asegurado es persona distinta al Contratante)**

Apellidos y Nombre(s):

Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°  Nacionalidad:  Fecha de Nac.  /  /

Telefonos: Casa (  ) Móvil (  ) Oficina (  )

Sexo: M ☐ F ☐ Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Conviviente ☐

Dirección electrónica (Correo electrónico):

Dirección física: Vía  N°  Int.  Mz.  Lote  Tipo de agrupamiento

Jr.  Av.  Calle

Tipo de agrupamiento  Nombre de agrupamiento  Distrito  Provincia  Departamento

Ingreso anual en S/:  ¿De dónde provienen sus ingresos?

Empleador / Empresa donde trabaja:  Giro:

Cargo: Gerente ☐ Ejecutivo ☐ Empleado ☐ Otro ☐ Profesión  Ocupación

Realiza Labores: Administrativas ☐ Administrativas y operativas ☐ Administrativas y de campo ☐ Operativas y/o de Campo ☐

Indicar detalladamente actividades y tareas que desarrolla cotidianamente en su centro de trabajo:

Dirección de la empresa donde trabaja actualmente: Vía  N°  Int.  Mz.  Lote

Jr.	Av.	Calle							
Tipo de agrupamiento			Nombre de agrupamiento		Distrito	Provincia		Departamento	

3. DATOS FAMILIARES DEL PROPUESTO ASEGURADO

(Llenar siempre)	Apellidos y Nombres	Fecha de Nacimiento	Sexo	Ocupación	Documento de Identidad
Nombre del Cónyuge					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					

4. BENEFICIARIOS

CESIÓN DEL DERECHO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (Solo en caso de que el Contratante sea persona distinta al Propuesto Asegurado)

El Contratante cede en forma expresa incondicional y de manera irrevocable a favor del Propuesto Asegurado, el derecho a nombrar al beneficiario o los beneficiarios del contrato de seguro de ser aprobada esta solicitud, De esta manera, el Propuesto Asegurado podrá modificar la designación de los beneficiarios, detallados a continuación, las veces que lo considere necesario.

Sí ☐ No ☐

En caso deje sin contestar esta pregunta se considerará “No” como respuesta.

A. EXCEPTO PARA FONDO UNIVERSITARIO

Beneficiarios principales: (Apellidos, Nombres)	Parentesco/Vínculo	Fecha Nacimiento	Porcentaje %	Documento de identidad
Beneficiarios contingentes: (Apellidos, Nombres)	Parentesco/Vínculo	Fecha Nacimiento	Porcentaje %	Documento de identidad

B. SOLO PARA FONDO UNIVERSITARIO

Beneficiario (recibirá las cuotas del beneficio en caso sea mayor de edad, salvo que el Propuesto Asegurado haya optado por recibir directamente el beneficio)

(Apellidos y Nombres)	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	Documento de Identidad

El Propuesto Asegurado solicita la opción de cobrar directamente las cuotas del beneficio (sin importar la edad del beneficiario).

Sí ☐ No ☐

Apoderado para Fondo Universitario (en caso el Asegurado falleciera y el beneficiario sea menor de edad)

(Apellidos y Nombres)	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	Documento de Identidad

El parentesco se define en relación al Propuesto Asegurado.

5. TIPO DE SEGURO DE VIDA SOLICITADO

PARA SER LLENADO POR EL EJECUTIVO

Tipo de riesgo: ( ) Estándar ( ) Preferencial  
Necesidad estimada de cobertura de vida según el Análisis de Necesidades (ADN) en «Moneda»: \_\_\_\_\_

Indicar (X) los seguros de vida, la moneda de éstos y las sumas aseguradas de la cobertura básica y coberturas adicionales:

Cobertura Básica		Coberturas Adicionales					
Seguro de Vida	Vida Principal	Beneficio Muerte Accidental	Beneficio InvalidezTotal	Beneficio Invalidez Accidental y	Exención de Deducción	Beneficio en Vida de	Riders Temporales T55 ( )

			y Permanente por Accidente o Enfermedad	Desmembra- miento	Mensual / Pago de Primas	Enfermedad es Graves	T65 ( )
( ) Seguro de Vida Inversión Oro Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>		BMA	ITP	BIA	EDM	BEG	
( ) Seguro de Vida Inversión 65 Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>							
( ) Seguro de Vida Devolución Total Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>						-No Aplica-	-No Aplica-
( ) Seguro de Vida Inversión Platino Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>		MAV	ITV	IAV	EDV	-No Aplica-	
( ) Seguro de Vida Inversión 65 Plus Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>						-No Aplica-	
( ) Seguro de Vida Temporal Platino Soles <input type="text"/> Dólares <input type="text"/>		BM2	IT2	BI2	IMPORTANTE: Indicar el número de años del seguro temporal solicitado: 10 años ( ), 15 años ( ), 20 años ( ), 25 años ( ) o 30 años ( ),		

SÓLO PARA SEGURO DE VIDA INVERSIÓN ORO, SEGURO DE VIDA INVERSIÓN PLATINO, SEGURO DE VIDA INVERSIÓN 65 Y SEGURO DE VIDA INVERSIÓN 65 PLUS:

Suma Asegurada	Fondos de Inversión							
( ) Creciente ( ) Nivelada	Cuenta Individual				Cuenta de Excedentes			
	Fondos (Marque solo una opción)				Fondos (Marque solo una opción)			
	Garantizados	Controlados	Balanceados	Capitalización	Garantizados	Controlados	Balanceados	Capitalización
	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX
	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX

**IMPORTANTE:** Cada fondo seleccionado y la prima del producto deben estar en la misma moneda. Luego de la contratación del seguro, únicamente se podrán solicitar cambios de fondos entre los fondos que se encuentren disponibles en la misma moneda.

SOLO PARA SEGURO DE VIDA DEVOLUCIÓN TOTAL:

Porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos correspondientes a la cobertura de Vida Principal en caso de terminación anticipada de la póliza(**)	PLAZO DE CONTRATACIÓN O VIGENCIA DE LA PÓLIZA		
	XX años <input type="text"/>	XX años <input type="text"/>	XX años <input type="text"/>
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%

(\*\*) El Retorno de Primas al finalizar el plazo de contratación de la póliza será equivalente al **100%** de las primas pagadas por la cobertura de Vida Principal netas de impuestos. El Retorno de Primas no incluye la parte de la prima comercial correspondiente a las coberturas adicionales que sean contratadas.

SOLO PARA FONDO UNIVERSITARIO

Moneda: Soles  Dólares  Suma Asegurada: \_\_\_\_\_  
 Plazo de Inversión \_\_\_\_ años (10-18 años) Nro. cuotas anuales del pago del beneficio:\_\_\_\_ (1 a 5)

Declaración del Contratante para los Seguros de Vida Inversión Oro, Vida Inversión Platino, Vida Inversión 65, Vida Inversión 65 Plus o Fondo Universitario

Declaro haber recibido por parte del ejecutivo que figura en la presente solicitud el documento “Cálculo de Proyección” respecto del producto solicitado, cuyas características me han sido explicadas en su totalidad. Asimismo, declaro conocer que, salvo para el Fondo Garantizado, los rendimientos de la Cuenta Individual y Cuenta de Excedentes varían en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que respaldan los portafolios elegidos por el Contratante. Asimismo, declaro conocer que, salvo para el Fondo Garantizado, Pacífico Seguros (en adelante la Compañía) no ofrece garantía alguna de rentabilidad ni de capital, consecuentemente los rendimientos acreditados en las cuentas para fondos distintos al Fondo Garantizado podrán ser positivos o negativos, dependiendo del resultado de las inversiones de los portafolios elegidos.

## 6. IMPORTE, FRECUENCIA Y MODALIDAD DE PAGO DE LA PRIMA

SOLO PARA SEGURO DE VIDA INVERSIÓN ORO, INVERSIÓN PLATINO, INVERSIÓN 65 E INVERSIÓN 65 PLUS

Indicar Moneda: **US\$** ☐ **S/** ☐

Prima de excedentes regular mayor o igual a \$ XX o S/ XX mensuales, según corresponda.

Prima Comercial	Prima de Excedentes	I.G.V.	Prima Total
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sí ☐ No ☐

### PARA TODOS LOS SEGUROS

Producto	Código SBS	Frecuencia de Pago (M,S,A)	Modalidad (CB,TC,CU)	Moneda	Prima Total
1. Vida Temporal Platino	VI2007100124	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S/ <input type="text"/> o US\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Seguro de Vida Inversión Platino	VI2007100113	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S/ <input type="text"/> o US\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Seguro de Vida Inversión Oro	VI2007100105	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S/ <input type="text"/> o US\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Fondo Universitario	VI2007100051	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S/ <input type="text"/> o US\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Seguro de Vida Inversión 65	VI2007100142	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S/ <input type="text"/> o US\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Seguro de Vida Inversión 65 Plus	VI2007100141	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S/ <input type="text"/> o US\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Seguro de Vida Devolución Total	VI2007100145	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S/ <input type="text"/> o US\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>

**Frecuencia:** Mensual (**M**), Semestral (**S**) y Anual (**A**)      **Modalidad:** Cargo Automático de cuenta bancaria (**CB**) Cargo automático en tarjeta de crédito (**TC**) y Cupón (**CU**).

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234° y 1237° del Código Civil. De aceptar la Compañía la presente solicitud, las primas podrán pagarse en Dólares Americanos o Nuevos Soles al tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago. El tipo de cambio venta se publica diariamente en las ventanillas de las entidades recaudadoras.

**IMPORTANTE:** Las primas y las sumas aseguradas de cada uno de los seguros solicitados deben estar en la misma moneda.

- Si usted ha elegido cargo automático, deberá llenar el formato adjunto de autorización de débito en cuenta bancaria o tarjeta de crédito.
- Las primas de los seguros de vida contratadas por personas naturales no incluyen el IGV. Actualmente, las pólizas de seguro de vida se encuentran inafectas del IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural que reside en el Perú.

**Oportunidad de pago - Consecuencias del incumplimiento:** La fecha de vencimiento de las primas pactadas será el primer día calendario de cada mes/semestre/año, según frecuencia de pago elegida. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguro por falta de pago de primas de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro. Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima, el contrato de seguro quedará extinguido. En caso de los seguros con componente de inversión, el incumplimiento del pago de la prima originará la reducción del plazo de contratación (prórroga) de conformidad con lo establecido en la respectiva póliza.

## 7. DECLARACIÓN DE SALUD E INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

Complete todas las preguntas de esta declaración. No se admitirán solicitudes incompletas. Todos los campos son obligatorios.

	Sí	No		Sí	No
1.- ¿Actualmente padece usted o ha padecido de alguna enfermedad física o mental, impedimento o afectación física, secuela de accidente previo o está recibiendo tratamiento médico de algún tipo y/o se encuentra en periodo de control u observación por alguna condición médica?	( )	( )	b.- ¿Le han dicho que ha tenido sida o el complejo relacionado con el sida?	( )	( )
2.- Durante los últimos 5 años:			c.- ¿Ha tenido o le han informado que tiene pruebas sanguíneas positivas para anticuerpos del virus del sida?	( )	( )
a.- ¿Ha consultado algún médico para ser examinado, tratado o aconsejado?	( )	( )	d.- ¿Tiene usted alguno de los siguientes síntomas sin explicación: Fatiga, pérdida de peso, diarrea, gánglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones en la piel?	( )	( )
b.- ¿Ha sido usted examinado a través de un electrocardiograma, rayos X, análisis de sangre u otros exámenes de diagnóstico?	( )	( )	6.a.- Estatura: <input type="text"/> 6.b.- Peso: <input type="text"/>		
c.- ¿Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio u otros establecimientos médicos?	( )	( )	6.c.- ¿Ha perdido peso en los últimos 12 meses?	( )	( )
d.- ¿Se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no hubiera realizado?	( )	( )	Razón: <input type="text"/>	( )	( )
3.- Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de:			7.- ¿Consume bebidas alcoholicas con regularidad? (En caso afirmativo detalle qué y cuánto bebe a la semana) <input type="text"/>	( )	( )
			8.- ESTAS PREGUNTAS SOLO PARA MUJERES	( )	( )

- a.- ¿Cáncer, tumores, quistes, pólipos, leucemia, anemia aplásica medular u otra enfermedad de la sangre? ( ) ( )
- b.- ¿Diabetes, ganglios linfáticos inflamados, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, epilepsia, derrame o infarto cerebral o enfermedad de tipo mental o nerviosa? ( ) ( )
- c.- ¿Infarto al miocardio, dolor en el pecho, hipertensión, soplo cardíaco u otra enfermedad cardíaca o circulatoria? ( ) ( )
- d.- ¿Enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato reproductor? ( ) ( )
- e.- ¿Enfermedad del hígado, de la vesícula, del páncreas o del aparato digestivo? ( ) ( )
- f.- ¿Asma, enfisema u otra enfermedad respiratoria? ( ) ( )
- g.- ¿Defecto severo de la vista o del oído, afectación física, enfermedades o condiciones relacionadas a discos intervertebrales, tales como artritis, reumatismo, dolores en la espalda o articulaciones o cualquier padecimiento o trauma relacionado a la columna vertebral (paraplejía)? ( ) ( )
- 4.a.- ¿Tiene usted la intención de buscar consejo médico, tratamiento, cirugía o hacer cualquier examen médico? ( ) ( )
- 4.b.- ¿Tiene usted, ha tenido o ha sido tratado por alcoholismo o adicción a las drogas? ( ) ( )
- 4.c.- ¿En la actualidad está tomando algún medicamento? ( ) ( )
- 5.- SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)
- a.- ¿Ha recibido usted tratamiento o consejo médico en relación al sida o condiciones relacionadas con él o en relación a enfermedades de transmisión sexual? ( ) ( )
- a. ¿Ha sido sometida a algún tratamiento en los senos u órganos reproductivos? ( ) ( )
- b.- ¿está usted embarazada en la actualidad? Meses: \_\_\_\_\_
- 9.- MEDICO PARTICULAR  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha y razón de última consulta: \_\_\_\_\_
- 10.- INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA DEL PROPUESTO ASEGURADO
- a) ¿Hay en su familia (hasta el tercer grado de consanguineidad) antecedentes de enfermedades del corazón, derrame cerebral, cáncer, enfermedades de los riñones, diabetes o hipertensión antes de los 65 años, tuberculosis, trastornos mentales o desordenes hereditarios? Sí ☐ No ☐
- b) Completar el siguiente cuadro de historia familiar:

CUADRO DE HISTORIA FAMILIAR	EDAD (si viven)	ESTADO DE SALUD / CAUSA DE FALLECIMIENTO	EDAD AL MORIR
Padre:			
Madre:			
Hermanos(as) N° Vivos			
N° Fallecidos			

**11. En caso alguna(s) de sus respuestas anteriores (Preguntas del 1 al 10) haya sido afirmativa, indique a continuación:**

PREG. N°	ENFERMEDAD O DOLENCIA (diagnóstico, duración, grado de recuperación, operación)	FECHA	ESTADO ACTUAL	MÉDICOS / HOSPITALES (nombres y direcciones)
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

**12. DECLARACIÓN DE NO FUMADOR DEL PROPUESTO ASEGURADO**

- a.- ¿Fuma actualmente o ha fumado en los últimos **12 meses**(\*) (cigarrillos, pipas, etc.) o ha consumido tabaco en cualquier forma?  
Mencione la cantidad diaria aproximada: Cantidad:  Tipo:
- b.- ¿Tiene usted intención de empezar o volver a fumar?

Sí ☐ No ☐

Sí ☐ No ☐

**DECLARACIÓN DE NO FUMADOR**

El propuesto asegurado declara libre y voluntariamente que actualmente no fuma, ni ha fumado en los últimos **doce (12) meses**\*\* cigarrillos, pipas, puros u otros similares que contengan tabaco y que no tiene intención de empezar o volver a fumar.

El propuesto asegurado acepta expresamente que en caso la presente declaración fuese total o parcialmente falsa o inexacta, la o las pólizas de seguro para no fumadores emitidas conforme a la presente solicitud, se considerarán pólizas para fumadores. En este caso, la Compañía podrá optar entre el incremento de la prima (debiendo el Contratante regularizar el pago de la diferencia adeudada) o la reducción del capital asegurado o indemnización a la suma correspondiente a dicho tipo de póliza.

(\*) Para el Seguro de Vida Inversión Platino y el Seguro de Vida Inversión 65 Plus son **24 meses**.

**13. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO**

- a.- ¿Actualmente tiene usted o su cónyuge (de ser el caso) en vigencia algún seguro de vida, de accidentes, alguna solicitud pendiente, o algún anticipo o préstamo sobre póliza en vigor en esta u otra compañía?

Sí ☐No ☐

En caso afirmativo detallar a continuación:

Año de emisión	Compañía	Tipo de plan	Suma asegurada	Principal/Cónyuge	Préstamo

**Si su respuesta es “Sí” en cualquiera de las siguientes preguntas, complete la Sección 9 “Detalles Adicionales y/o Instrucciones Especiales”.**

Sí No

- b.- Indique si el plan de seguro que está solicitando servirá para reemplazar alguna póliza existente de vida, retiro, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica. ( ) ( )
- c.- ¿El solicitante viaja en aeronaves o líneas no comerciales? (Se entenderá por aeronaves o líneas no comerciales, a aquellas que no pertenezcan a una línea aérea establecida y/o que no cuente con recorridos y/o itinerarios regulares o fijos) (En caso afirmativo, llenar el cuestionario correspondiente). ( ) ( )
- d.- Practica o ha realizado deportes o cultiva aficiones que puedan considerarse peligrosas tales como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia. Especifique: \_\_\_\_\_ ( ) ( )
- ¿Algún otro deporte o afición de alto riesgo? Especifique: \_\_\_\_\_
- Se consideran deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, a aquellas en las cuales el Asegurado esté continuamente expuesto a caídas, quemaduras, golpes, cortes, amputaciones, ahogo y/o muerte.
- e.- ¿Consume actualmente o ha consumido en los últimos 12 meses drogas o medicinas no prescritas? ( ) ( )
- f.- ¿Ha sido acusado o ha participado en actos calificados como delitos? ( ) ( )
- g.- ¿Realiza usted alguna otra actividad o tiene usted algún otro hábito que pueda afectar su vida o su salud? ( ) ( )
- h.- ¿Le ha sido alguna vez rechazada, pospuesta, aceptada con cargo, modificada en modo alguno una solicitud o rehabilitación de un seguro de vida, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica contemplada en otra compañía? ( ) ( )
- i.- ¿Ha tenido algún trasplante de órgano? ( ) ( )
- j.- Indique si cumple o ha cumplido funciones públicas en los 2 últimos años sea en territorio nacional o extranjero ( ) ( )
- k.- Indique si es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional. ( ) ( )
- l.- El contratante y/o asegurado ha nacido en EEUU, tiene nacionalidad americana, tiene permiso de residencia en los EEUU, o tiene residencia fiscal en un país distinto a Perú. (Al marcar “sí” debe completar la Declaración Jurada de Residencia Fiscal para Personas Naturales) ( ) ( )

**IMPORTANTE:**

En caso el contratante sea Persona Jurídica: De acuerdo con las regulaciones FATCA y/o CRS todas las empresas que contraten un producto/póliza de seguros, que tengan algún componente de ahorro y/o inversión, deben completar una Declaración de Residencia Fiscal y actividad económica.

**8. DETALLES ADICIONALES Y/O INSTRUCCIONES ESPECIALES (Favor firmar dentro del recuadro)**

Firma

**9. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO**

- 1.- Por medio del presente documento solicito a la Compañía la emisión del(de los) seguro(s) antes indicado(s) y reconozco que no habrá contrato(s) de seguro a menos que la Compañía encuentre satisfactorias las condiciones de asegurabilidad y todos los requisitos solicitados respecto del propuesto asegurado y/o contratante, manifestando su aprobación a través de la emisión de la(s) póliza(s) de seguro respectiva(s). Asimismo declaro conocer que la Compañía no procesará solicitudes con datos, documentos o evaluaciones incompletas. Los requisitos mínimos para iniciar la evaluación de este documento son: copia del Documento de Identidad del contratante y del propuesto asegurado, voucher de pago de la prima provisional (depósito inicial) y formato modalidad de pago para débito automático. Sin perjuicio de ello, la Compañía podrá solicitar requisitos adicionales. Durante la evaluación de la presente solicitud, si el contratante es persona natural, la Compañía otorgará una cobertura provisional, cuyos límites, términos y condiciones figuran en el Certificado de cobertura provisional correspondiente. En caso la presente solicitud sea rechazada, la Compañía devolverá el monto de la prima provisional que haya sido abonado sin intereses. Declaro conocer que para cualquier consulta podré comunicarme al 513-5000 o ingresar a la página web de la Compañía ([www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe)).
- 2.- La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la solicitud de seguro con todos los requisitos solicitados por la Compañía, si no media rechazo previo. Para estos efectos autorizo a la Compañía a que realice la entrega de la póliza, indistintamente, en la dirección física elegida o en mi dirección electrónica y declaro expresamente: (i) haber sido informado sobre la forma, procedimiento, ventajas y posibles riesgos asociados al envío de la póliza por medios electrónicos; (ii) tener conocimiento sobre las medidas de seguridad que me corresponde aplicar; (iii) conocer que se confirmará la recepción de la póliza a través de un sistema informático que verifica si el correo electrónico enviado llegó a la bandeja de entrada de mi dirección electrónica; y, (iv) aceptar que, a efectos de garantizar la autenticidad e integridad de la póliza, ésta 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 podré acceder digitando el número de mi documento de Identidad.

- 3.- Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con la evaluación de la presente solicitud, con la(s) póliza(s) de seguro solicitada(s) y con la(s) póliza(s) contratada(s) anteriormente con la Compañía, de ser el caso, a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación con por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica comunicada a la Compañía.
- 4.- El Propuesto asegurado, se compromete a realizar las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registro de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información o documentación solicitada por la Compañía en caso de siniestro, incluyendo la referida al VIH/SIDA.
- 5.- Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por La Compañía se encuentra disponible en la página web de la Compañía ([www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe)) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) bajo los Código SBS indicados en la sección 6 de esta solicitud, 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)).
- 6.- Declaro conocer que ningún intermediario estará facultado para ofrecer excepciones a las condiciones establecidas por la Compañía y que el titular de la(s) póliza(s) emitida(s) en virtud de este documento será el Contratante (Solicitante). **Asimismo, declaro conocer que la Compañía no autoriza a su personal a recibir suma de dinero alguna en forma personal. En tal sentido, la Compañía no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el Contratante y/o Asegurado decida entregar al personal de la Compañía distinto al encargado de las cajas autorizadas a pesar de conocer esta prohibición.**
- 7.- CONFIRMO que las declaraciones y respuestas precedentes, sobre mi vida y persona, son completas, auténticas, correctamente transcritas y forman parte de la solicitud de seguro. Asimismo, confirmo que todas las declaraciones y respuestas dadas o que hayan de hacerse al médico examinador, formularios, cuestionarios y enmiendas, son completas, verídicas y obligatorias para todas las partes interesadas en la(s) póliza(s) solicitada(s). Es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad o declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable determina la nulidad del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro y, en consecuencia, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad de conformidad con las normas vigentes. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta de circunstancias relevantes que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, la Compañía informará la revisión del contrato; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el contrato de seguro.
- 8.- **Derecho de arrepentimiento:** Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la póliza o nota de cobertura provisional, el Contratante tendrá la facultad de resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima inicial que hubiese recibido sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.
- 9.- **Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):**
  - 9.1. Por la presente cláusula PACIFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO que, de acuerdo a la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS y las demás disposiciones complementarias, PACIFICO SEGUROS está legalmente autorizada para tratar la información que EL CONTRATANTE le entregue al momento de contratar la Póliza, (en adelante la "Información") con la finalidad de ejecutar la relación contractual que origina este contrato. Asimismo, PACIFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO que, para dar cumplimiento a las obligaciones y/o requerimientos que se generen en virtud de las normas vigentes en el ordenamiento jurídico peruano, incluyendo pero sin limitarse a las vinculadas al sistema de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y normas prudenciales, PACIFICO SEGUROS podrá dar tratamiento y eventualmente transferir su Información a autoridades y terceros autorizados por ley. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO, reconoce que estarán incluidos dentro de su Información todos aquellos datos, operaciones y referencias a los que PACIFICO SEGUROS pudiera acceder en el curso normal de sus operaciones, ya sea por haber sido proporcionados por EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO o por terceros o por haber sido desarrollados por PACIFICO SEGUROS tanto en forma física, oral o electrónica y que pudieran calificar como "Datos Personales" conforme a la legislación de la materia. En virtud de lo señalado anteriormente EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza expresamente a PACIFICO SEGUROS a incorporar su Información al banco de datos personales de usuarios de responsabilidad de PACIFICO SEGUROS para que este pueda almacenar, dar tratamiento, procesar y transferir su Información a sus subsidiarias, afiliadas y/o socios comerciales listados en la página web de PACIFICO SEGUROS [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe) (las "Terceras Empresas") conforme a los procedimientos que PACIFICO SEGUROS determine en el marco de sus operaciones habituales, para efectos de los fines señalados en los párrafos anteriores.
  - 9.2. Asimismo, EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza a PACIFICO SEGUROS a utilizar su Información a efectos de: (i) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquiera de los productos o servicios que PACIFICO SEGUROS brinda, incluyendo pero sin estar limitado a seguros de riesgos generales (incluido SOAT), seguros de vida, de accidentes personales o de rentas vitalicias, (ii) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquier otra Póliza, producto o servicio de PACIFICO SEGUROS o de las Terceras Empresas; y, (iii) Transferirla a las Terceras Empresas a efectos de que cada una de ellas pueda ofrecerle sus productos o servicios, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático.
  - 9.3. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO reconoce haber sido informado que su Información podrá ser conservada, tratada y transferida por PACIFICO SEGUROS a las Terceras Empresas hasta diez años después de que finalice su relación contractual con PACIFICO SEGUROS. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO puede ejercer sus derechos

de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación; siempre que cumpla con los requisitos exigidos por las normas aplicables, dirigiéndose a PACIFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público; a través de la página web de PACÍFICO SEGUROS [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe); o, por teléfono.

**9.4. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO** se obliga a mantener permanentemente actualizada su Información durante la vigencia de este contrato, especialmente en cuanto se refiere a su nacionalidad, lugar de residencia, situación fiscal o composición accionaria de ser el caso.

En \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Ciudad)

**Firma del Intermediario**  
(Consignar la firma del DNI)

**Firma del Propuesto Asegurado**  
(Consignar la firma del DNI)

**Firma del Cónyuge**  
(En caso de requerir  
productos familiares  
de Accidentes  
Personales)  
(Consignar la firma  
del DNI)

**Firma del Contratante**  
(Si es distinto del Propuesto  
Asegurado, si es Persona Jurídica,  
incluir cargo y sello) (Consignar la  
firma del DNI)

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL**  
**Seguro de Vida Inversión**

**RESUMEN**

**1. ¿Cuáles son las condiciones de acceso y límites de permanencia del seguro?**

Podrán acceder al seguro aquellas personas que no superen los «XX» años de edad, teniendo la oportunidad de mantenerse asegurados hasta el aniversario de la póliza en el cual cumplan los noventa y cinco (95) años de edad.

**2. ¿Cómo se ejerce el Derecho de Arrepentimiento?**

El Contratante podrá resolver el contrato sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza o nota de cobertura provisional. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

**3. ¿Qué riesgos cubre?**

Cubre el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las **exclusiones** de la póliza.

**Coberturas Adicionales (opcionales):**

Solo aplicables si el Contratante adquirió estas coberturas adicionales, lo que figurará en las Condiciones Particulares:

- a) Beneficio por Muerte Accidental.
- b) Invalidez Accidental y Desmembramiento.
- c) Exoneración de la Deducción Mensual de la Cobertura Básica por Invalidez Total y Permanente, por Accidente o Enfermedad.
- d) Beneficio en Vida por Enfermedades Graves.
- e) Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.
- f) Vida Temporal hasta 55 años.

- g) Vida Temporal hasta 65 años.

**4. ¿Cuáles son las Exclusiones?**

Las principales exclusiones en caso de fallecimiento del Asegurado son las siguientes:

a) Guerra; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole. b) Participación en un acto delictivo. c) Muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante. d) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, si el Asegurado participa como elemento activo. e) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas. f) Suicidio, salvo que hubieran transcurrido dos años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro. g) Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios, no responsables, únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.

El detalle de las exclusiones se establece en la Cláusula Trigésimo Primera de las Condiciones Generales y en la Cláusula Cuarta de las respectivas Cláusulas Adicionales, en caso de haberse contratado. Si el siniestro se produjera como consecuencia de alguno de dichos supuestos no se otorgará la cobertura del seguro.

**5. ¿Cuál es el lugar y forma de pago de la prima?**

Cargo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito autorizada por el Contratante; o, pago en efectivo en el domicilio físico de la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el acápite 9 de las Condiciones de Particulares.

**6. ¿Cuál es el procedimiento para efectuar modificaciones a las condiciones de la póliza?**

Durante la vigencia de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de 30 días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

Sin perjuicio de lo antes indicado y dado que las coberturas adicionales tienen una vigencia anual renovable automáticamente, la parte de la prima correspondiente a las coberturas adicionales que se hubieren contratado, así como las condiciones de las mismas, pueden ser modificadas al inicio de cada periodo de renovación de éstas, previa comunicación de la Compañía con por lo menos 45 días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. El Contratante tiene un plazo de 30 días previos al vencimiento de la vigencia anual para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía.

**7. ¿Cuáles son las causales de terminación de la cobertura?**

Se encuentran establecidas en la Cláusula Trigésima de las Condiciones Generales. En particular, el Contratante podrá resolver el contrato de seguro en cualquier momento, sin expresión de causa y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios empleados para la contratación del seguro, comunicando su decisión a la Compañía de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésimo Octava de las Condiciones Generales.

**8. ¿Existen obligaciones cuyo incumplimiento podría afectar la cobertura del producto?**

**El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.**

En caso de ocurrencia de siniestro, los beneficiarios deberán observar el procedimiento establecido en la Cláusula Trigésimo Tercera de las Condiciones Generales.

**9. ¿Cuál es el medio y plazo para dar el aviso de siniestro y los lugares autorizados para presentar una Solicitud de Cobertura?**

El siniestro debe ser comunicado por escrito a la Compañía, dentro de los 7 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. La solicitud de cobertura deberá presentarse en el domicilio físico de la Compañía. Para mayor información podrá comunicarse 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 Trigésimo Tercera de las Condiciones Generales.

Sin perjuicio del plazo, los Beneficiarios podrán solicitar la cobertura dentro del plazo legal de prescripción establecido. En la actualidad el plazo legal de prescripción es de diez años contados a partir de la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio; sin embargo se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

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

Además, podrá recurrir al INDECOPI o al mecanismo de solución de controversias establecido en la póliza. Adicionalmente, podrá solicitar orientación en la Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

**10. ¿Cuál es el mecanismo de solución de controversias?**

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Asegurado, los Beneficiarios 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.

## 11. ¿Consultas y/o Reclamos?

Si tiene alguna consulta o requiere información adicional le pedimos ingresar a nuestra web [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe). En ella también encontrará los canales de atención que tenemos a su disposición o comunicarse a nuestra Central de Información y Consultas 513-5000.

Puede presentar sus reclamos en la Compañía a través de los siguientes medios:

Verbalmente, acercándose a las oficinas de “Atención al Cliente” ubicadas **en Av. Juan de Arona 830, San Isidro**, o llamando a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000.

Por escrito, a través de: un correo electrónico a [servicioalcliente@pacificovida.com.pe](mailto:servicioalcliente@pacificovida.com.pe); una carta enviada a nuestras oficinas dirigida a “Atención al Cliente”; o desde nuestra página web [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe).

Además, podrá presentar reclamos, consultas o denuncias, según corresponda, ante: el INDECOPI ubicado en Calle de la Prosa N° 104, San Borja o al teléfono 2247800; la Plataforma de Atención al Usuario de la SBS, ubicada en Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro, Lima o al teléfono 0800-10840; o, recurrir al mecanismo de solución de controversias.