

**SOLICITUD-CERTIFICADO N° XXXXX**  
**POLIZA N° XXXXXX (Registro SBS N° VI2007200116)**  
**SEGURO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE**

Completar la siguiente solicitud de afiliación. Todos los campos son obligatorios.

**1. DATOS GENERALES DEL PROPUESTO ASEGURADO:**

|   |  |                               |                      |
|---|--|-------------------------------|----------------------|
| <b>Apellido Paterno:</b>  |  | <b>Apellido Materno:</b>      |                      |
| <b>Nombres:</b>   |  | <b>DNI ó C.E:</b>             |                      |
| <b>Fecha de Nac.</b>  |  | <b>Sexo</b>                   | <b>M      F</b>      |
| <b>Estado civil</b>   | <b>Soltero      Casado      Viudo      Divorciado      Conviviente</b> |                               |                      |
| <b>Teléfono fijo:</b>   |  | <b>Celular:</b>               |                      |
| <b>Ocupación:</b>   |  | <b>Nacionalidad:</b>          |                      |
| <b>Relación con el Contratante:</b> Titular de una Tarjeta de Crédito |  |                               |                      |
| <b>Domicilio Contractual:</b>   | <b>Dirección Física:</b>   | <b>Nombre de la Vía:</b>      |                      |
|   |  | <b>Distrito:</b>              | <b>Provincia:</b>    |
|   |  | <b>Referencia:</b>            | <b>Departamento:</b> |
|   | <b>Dirección Electrónica:</b>  |                               |                      |
| <b>Tarjeta No.</b>  |  | <b>Fecha de vencimiento</b> - |                      |
| <b>Visa</b>   |  |                               |                      |

**2. INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA RESPECTO DE CADA ASEGURADO:**

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo de este seguro se inicia, respecto de cada Asegurado, a partir de las cero horas del primer día del mes siguiente a la suscripción de la presente Solicitud-Certificado.
- **Fin de Vigencia:** Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente la póliza en virtud de la cual se emite el presente documento; (ii) la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago; (iii) el Asegurado no supere los «XX» años de edad; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

**3. BENEFICIARIOS:**

Para las coberturas de fallecimiento:

a) Herederos ☐

b) Otros beneficiarios ☐

Se entenderá por “**Herederos**” a aquellas personas que figuren en la Sucesión Intestada o Testamento, en caso se hubiera otorgado. La distribución se hará en partes iguales, salvo que en el testamento se hubiera designado específicamente a los beneficiarios de esta póliza fijándose una distribución determinada.

Si usted marcó la opción de “**Otros beneficiarios**”, le solicitamos se sirva llenar el siguiente cuadro:

Para efectos de este seguros, solo podrá designar como beneficiario al cónyuge o conviviente, padres, hijos, sobrinos, tíos, hermanos, abuelos, o nietos del asegurado, siempre que exista interés asegurable.

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | DNI | Parentesco | Porcentaje |
|------------------|------------------|---------|-----|------------|------------|
|                  |                  |         |     |            |            |
|                  |                  |         |     |            |            |
|                  |                  |         |     |            |            |
| Total            |                  |         |     |            | 100%       |

Si no llenó el recuadro, si marcó ambas opciones, si no llenó la información completa o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se registrará como beneficiarios a los herederos del Asegurado, en el orden legal establecido y en partes iguales.

Tratándose de las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente o de Adelanto de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, el beneficiario es el propio Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será solicitado por y abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

#### 4. PRIMA, FORMA DE PAGO, COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

| COBERTURA PRINCIPAL   |                                  | SUMA ASEGURADA | EDAD LÍMITE DE |             |
|---|----------------------------------|----------------|----------------|-------------|
|   |                                  |                | INGRESO        | PERMANENCIA |
| Vida Principal  | Muerte Natural <sup>(1)</sup>    | «XXXXX.XX»     | «XX» años      | «XX» años   |
|   | Muerte Accidental <sup>(1)</sup> | «XXXXX.XX»     | «XX» años      | «XX» años   |
| COBERTURAS ADICIONALES  |                                  |                |                |             |
| Muerte Accidental en Accidentes de Tránsito <sup>(1)</sup>        |                                  | «XXXXX.XX»     | «XX» años      | «XX» años   |
| Invalidez Total y Permanente por Accidente <sup>(2)</sup>         |                                  | «XXXXX.XX»     | «XX» años      | «XX» años   |
| Adelanto de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal <sup>(3)</sup> |                                  | «XXXXX.XX»     | «XX» años      | «XX» años   |
| Prima Comercial Mensual (en « <b>Moneda</b> »). <sup>(4)</sup>    |                                  | «XXXXX.XX»     |                |             |

- (1) Las coberturas de Muerte Natural, Muerte Accidental y Muerte Accidental en Accidente de Tránsito son mutuamente excluyentes; el pago de uno de ellos exonera a la Compañía del pago de los otros dos.
- (2) El Beneficio Invalidez Total y Permanente por Accidente, el pago de éste exonera a la Compañía del pago de los beneficios por Muerte Accidental y Muerte Accidental en Accidente de Tránsito, más no de los beneficios de Muerte Natural y el correspondiente Adelanto de la Sumas Asegurada por Enfermedad Terminal.
- (3) El Beneficio Adelanto de la Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, el monto adelantado será descontado del beneficio de Muerte Natural, Muerte Accidental o Muerte Accidental en Accidente de Tránsito, según corresponda y cuenta con un Periodo de Carencia de «XX» días a partir del inicio de la cobertura. El pago de estará condicionado a que el Asegurado sobreviva a los «XX» días posteriores al diagnóstico (Periodo de Supervivencia).
- (4) 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 primera cuota de la prima será cargada en la tarjeta afiliada que figura en la presente Solicitud al momento de la afiliación. El pago de las primas siguientes deberá realizarse a través del mismo medio y en igual día del mes de cobertura correspondiente. 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 noventa (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, copagos, franquicias o conceptos similares, salvo por los indicados expresamente en el presente acápite.**

#### 5. DEFINICIONES:

- **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, accidente cerebro vascular, dolores de espalda crónicos, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**
- **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.

- **Muerte Accidental:** Fallecimiento inmediato del Asegurado por causas que cumplen la condición de accidente definida en la presente póliza. **Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente.**
- **Muerte Natural:** Fallecimiento del Asegurado por causas no accidentales.
- **Muerte Accidental en Accidentes de Tránsito:** Cuando la muerte del asegurado se produzca como consecuencia inmediata de un accidente de tránsito en que se viera involucrado como: (i) peatón; (ii) conductor de un automóvil que no presta servicios de transporte público; (iii) pasajero de un vehículo automotor (**En el caso de vehículos que prestan servicio público es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía, que el mencionado medio de transporte esté habilitado para transportar pasajeros de acuerdo a la respectiva tarjeta de propiedad**); (iv) pasajero en avión operado por una empresa aérea comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.
- **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** Sólo se considerará que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente por Accidente si presenta alguna de las condiciones siguientes: (i) Pérdida total o funcional absoluta de la visión de ambos ojos; (ii) Pérdida total o funcional absoluta de ambos brazos o ambas manos; (iii) Pérdida total o funcional absoluta de ambas piernas o ambos pies; (iv) Pérdida total o funcional absoluta de una mano y un pie; y, (v) Pérdida o disminución permanente de la fuerza física o intelectual en un porcentaje igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo. Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Para la determinación de la invalidez en el supuesto (v) será de aplicación supletoria las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- **Enfermedad Terminal:** Se entiende como tal a aquel diagnóstico realizado por un médico especializado colegiado, y confirmado por la Compañía, que indique con certeza médica que el Asegurado padece una enfermedad terminal, que le producirá el fallecimiento dentro de los seis (6) meses posteriores al diagnóstico realizado. El diagnóstico debe ser emitido por primera vez, luego de transcurridos noventa (90) días contados desde la fecha de emisión de esta cláusula adicional.

## 6. EXCLUSIONES:

Este seguro no cubre el fallecimiento producido a consecuencia de: (a) Enfermedades o dolencias preexistentes a la afiliación del seguro. (b) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que la afiliación a la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años. (c) 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 designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado. (d) 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 en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario. (e) Participación del Asegurado como sujeto activo de un acto delictivo o tipificado como delito o por aplicación legítima de la pena de muerte. (f) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra. (g) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. (h) La participación en los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo y artes marciales; la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en los siguientes deportes de velocidad: carreras de caballos o carreras de vehículos terrestres, marítimos o aéreos, motorizados o no. (i) SIDA/VIH. (j) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas. (k) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos – litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo su deceso. (l) La participación del

Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas.

Adicionalmente, en el caso de **Muerte Accidental** no cubrirá el fallecimiento producido a consecuencia de: (m) La práctica o el desempeño de oficios o profesiones relacionadas con: acrobacia, obrero de construcción, bombero, taxista, mototaxista, chofer de transporte público, transportista de líquidos inflamables, lubricantes o sustancias corrosivas, electricista de alta tensión, operador de grúas, personal de seguridad, minero, trabajo en plataformas petrolíferas, trabajo en altura o pirotécnicos. (n) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos. (o) El denominado “Accidente Cerebro Vascular” y los denominados “Accidentes Médicos”, los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos. (p) Contaminación radioactiva o fisión y fusión nuclear. (q) Consecuencias no accidentales de embarazos o partos. (r) Consecuencia de enfermedades de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa.

Respecto de la cobertura de **Muerte en Accidente de Tránsito**, serán aplicables las exclusiones antes indicadas; y, adicionalmente, no se cubrirá el siniestro que se produzca en alguna de las siguientes circunstancias: (s) Como observador de carreras de automóviles, motocicletas o de cualquier vehículo motorizado. (t) Accidentes que sean consecuencia directa o indirecta de una infracción del Asegurado a las normas de tránsito que la legislación califique como muy grave (o su equivalente), o los ocurridos por acto intencional, culpa inexcusable o negligencia grave del Asegurado, salvo los motivados por pánico, tentativa de salvar la vida propia o las de otras personas. (u) El Asegurado tuviera la condición de conductor de: taxi, mototaxi, bicimoto, mototriciclo, motocicletas, ómnibus, camión, tren, colectivo, vehículo para mudanzas o despachos, o estuviera conduciendo un vehículo en condición de chofer particular de personas naturales o empresas. (v) El Asegurado tuviera la condición de pasajero de mototaxi, motocicleta, bicimoto, o mototriciclo.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente aplicarán las exclusiones establecidas anteriormente.

En caso de la cobertura de Adelanto de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, no se cubrirán aquellas enfermedades causadas por: (a) Herida o enfermedad causada intencionalmente a sí mismo. (b) Consumo de alcohol, uso de drogas, narcóticos, estupefacientes o sustancias tóxicas, salvo que éstas hubiesen sido prescritas por un profesional médico y consumidas de acuerdo a tal prescripción. (c) Intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera sea su etapa de desarrollo. (d) Toda enfermedad que tenga origen o causa en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). (e) Anomalías congénitas o patológicas y las anomalías derivadas o resultantes de las mismas. (f) Cualquier diagnóstico efectuado por algún integrante del grupo familiar directo del Asegurado, entendiéndose como grupo familiar directo a familiares de hasta segundo grado de consanguinidad, independientemente del hecho que tal persona fuere un médico o profesional de salud.

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

La póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado tiene una vigencia anual renovable automáticamente en las mismas condiciones, salvo que la Compañía y/o el Contratante comuniquen las modificaciones con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. **El Asegurado tendrá un plazo de 30 días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas y la Compañía emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.**

Durante cada periodo de vigencia anual 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 treinta (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 cual, la póliza podrá ser modificada a su renovación anual, conforme a lo antes expuesto.

## **8. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA (O CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO)**

El seguro podrá resolverse por solicitud escrita del Contratante debido sin expresión de causa. En dicho supuesto, el Contratante comunicará a todos los Asegurados su decisión de resolver la póliza con 30 días de anticipación. Asimismo, se extinguirá al finalizar el periodo de vigencia anual de la póliza o de sus renovaciones en caso cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla. Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados.

Adicionalmente, este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado: (i) Por aplicación del derecho de arrepentimiento; (ii) Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión del seguro efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable; (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver la Solicitud-Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con 30 días calendario de anticipación; (iv) Por la presentación de una Solicitud de Desafiliación sin expresión de causa, quedando sin efecto las coberturas otorgadas a partir de las 23:59 horas del último día calendario del mes en que se realice la referida solicitud; (v) Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (vi) Por revocación del consentimiento del Asegurado efectuada por escrito de conformidad con lo dispuesto en el artículo 121° de la Ley del Contrato de Seguro. La revocación surtirá efectos desde su notificación a la Compañía.

Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes hechos: (i) Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en el presente seguro; (ii) Al superar, el Asegurado, la Edad Límite de Permanencia correspondiente a la cobertura principal; y, (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario desde la fecha establecida en las Condiciones Particulares para realizar el pago de la prima.

Se deja expresa constancia que, en caso la cobertura del seguro se resolviese o extinguiese, la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se solicita la resolución o se toma conocimiento de la extinción de la póliza.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos: (i) Si, al momento de la contratación del seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro. (ii) Si se comprobase que el Asegurado superaba la "Edad Límite de Ingreso" a la fecha de adquisición del seguro. (iii) En ausencia de interés asegurable al tiempo de la afiliación al seguro, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro. (iv) Si al tiempo de la afiliación al seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los literales (ii), (iii) o (iv) precedentes, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, sin intereses y dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del seguro a título indemnizatorio.

## 9. PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA (AVISO DE SINIESTRO)

El beneficiario deberá informar por escrito al domicilio físico de la Compañía o del Comercializador sobre la ocurrencia del siniestro objeto de cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en la cual tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

| <b>Muerte Natural:</b>                                  | <b>Muerte Accidental / Muerte Accidental en Accidente de Tránsito</b>         |
|---|---|
| 1. Partida o acta de defunción.                         | 1. Partida o acta de defunción.   |
| 2. Certificado médico de defunción completo.            | 2. Certificado médico de defunción completo.                                  |
| 3. Informe Médico Ampliatorio (formato de la Compañía). | 3. Informe Médico Ampliatorio (formato de la Compañía).                       |
| 4. Historia Clínica Completa foliada y fedateada.       | 4. Historia Clínica Completa foliada y fedateada..                            |
|   | 5. Protocolo de necropsia completo, según corresponda.                        |
|   | 6. Atestado o Informe policial completo (o Carpeta Fiscal).                   |
|   | 7. Resultado del examen toxicológico y del dosaje etílico, según corresponda. |

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, deberá presentarse el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de: **(1)** Informe médico que establezca el diagnóstico final o la condición médica del Asegurado, adjuntando los exámenes o evaluaciones médicas que se hubieran practicado; o, Certificado o

Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (COMAFP o COMEC), que indique el porcentaje de invalidez según las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP, en caso se trate del supuesto (v) de invalidez antes indicado. (2) Atestado o informe policial (o, en su defecto Carpeta Fiscal) vinculado al accidente.

Para la cobertura de Adelanto de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, deberá presentarse el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de un informe médico con el diagnóstico del especialista que asistió al Asegurado, acompañado con documentación que respalde tal diagnóstico, integrado por estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio.

Dentro de los 30 días siguientes a la recepción de toda la documentación exigida o del Periodo de Sobrevivencia, en caso de corresponder, la Compañía determinará si la solicitud de cobertura es procedente. En los primeros 20 días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculados al siniestro, que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

Ante el rechazo de la solicitud de cobertura, el Asegurado o sus beneficiarios podrán acudir a la Defensoría del Asegurado, al Indecopi o al Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable. Asimismo, podrán solicitar orientación en Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

## 10. RECLAMOS Y CONSULTAS

Para la atención de sus consultas o reclamos llamar a Banca por Teléfono «XXX-XXXX», o acudir a la Plataforma de Atención de cualquier Oficina del Contratante. Asimismo, puede comunicarse con la Central de Servicio al Asegurado de Pacífico Seguros de Vida 513-5000 o acercarse a las oficinas de “Atención al Cliente” ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro. Asimismo, podrá acudir al Indecopi o a Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

## 11. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, 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.

## 12. RELACIÓN DE CLÁUSULAS ADICIONALES:

Cláusula Adicional de Beneficio de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Cláusula Adicional de Beneficio de Adelanto de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal.

| DECLARACIÓN JURADA DEL PROPUESTO ASEGURADO |
|--|
|--|

1. 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, dolosa o mediando culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato de seguro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguros. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable, la Compañía me informará la revisión del seguro; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el seguro.
2. Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía está disponible en el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007200116, el cual es de acceso público a través del “Portal del Usuario” de la página web de dicha institución:(www.sbs.gob.pe En particular declaro conocer que **el seguro se renovará anual y automáticamente, en las mismas condiciones, salvo que la Compañía y/o el Contratante informe las modificaciones con por lo menos 45 días de anticipación. Como Asegurado convengo en que dispondré de 30 días para manifestar mi rechazo, en caso contrario se entenderán aceptadas las nuevas condiciones. No procederá la renovación automática de la cobertura en caso rechace las modificaciones propuestas dentro del plazo antes indicado.** Asimismo, declaro conocer que los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de vida temporal.
3. Por la presente, me comprometo a realizar las pruebas o exámenes médicos requeridos y/o adicionales que solicite la Compañía, incluyendo las del VIH/SIDA de ser el caso y autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros y otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o salud, para que pueda brindar cualquier información solicitada por la Compañía.
4. Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):

4.1. Por la presente cláusula PACIFICO SEGUROS DE VIDA 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 DE VIDA 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 DE VIDA 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 DE VIDA 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 DE VIDA 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 DE VIDA 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 DE VIDA a incorporar su Información al banco de datos personales de usuarios de responsabilidad de PACIFICO SEGUROS DE VIDA para que este pueda almacenar, dar tratamiento, procesar y transferir su Información a sus subsidiarias, afiliadas y/o socios comerciales nacionales listados en la página web de PACIFICO SEGUROS DE VIDA [www.pacificoseguros.com](http://www.pacificoseguros.com) (las “Terceras Empresas”) conforme a los procedimientos que PACIFICO SEGUROS DE VIDA determine en el marco de sus operaciones habituales, para efectos de los fines señalados en los párrafos anteriores.

4.2. Asimismo, EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza a PACIFICO SEGUROS DE VIDA 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 DE VIDA brinda, incluyendo pero sin estar limitado a seguros de riesgos generales incluidos los de accidente personales y rentas vitalicias, (ii) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquier otra Póliza, producto o servicio de PACIFICO SEGUROS DE VIDA 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.

4.3. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO reconoce haber sido informado que su Información podrá ser conservada, tratada y transferida por PACIFICO SEGUROS DE VIDA a las Terceras Empresas hasta diez años después de que finalice su relación contractual con PACIFICO SEGUROS DE VIDA. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, siempre que cumpla con los requisitos exigidos por las normas aplicables, dirigiéndose a PACIFICO SEGUROS DE VIDA 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 PACIFICO SEGUROS DE VIDA [www.pacificoseguros.com](http://www.pacificoseguros.com); o, por teléfono.

4.4. 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.

5. **Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica proporcionada al Contratante, la misma que constituirá mi domicilio contractual. Me comprometo a informar por escrito cualquier variación con por lo menos 15 días de anticipación; en caso contrario, se considerarán válidas para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas al último correo electrónico informado. Asimismo, las comunicaciones podrán ser realizadas personalmente y/o a través de una llamada telefónica o cualquier otro medio, siendo válidas, en tanto la Compañía mantenga una constancia del envío de las mismas (carga, grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación); salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación deba ser escrita.**

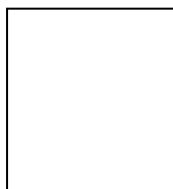
**Derecho de Arrepentimiento:** Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la Solicitud-Certificado, el Asegurado tendrá la facultad de resolver el seguro sin expresión de causa, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida. Para estos efectos, el Asegurado deberá cursar una comunicación a la Compañía empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

Mediante la firma del presente documento, **acepto afiliarme a la Póliza Grupal N° «XXXXX»** emitida por la Compañía y contratada por el «**Nombre de la Entidad Financiera**», por lo que declaro conocer que me encuentro protegido dentro de los límites, condiciones y términos de las coberturas indicadas líneas arriba, **las mismas que están descritas en la Solicitud-Certificado**. Si bien La Compañía debe entregar los certificados de seguro, dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber presentado la respectiva solicitud de seguro, **a la firma del presente documento, declaro haber recibido el Certificado de Seguro y la Solicitud en un solo formato**.

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro al «**Nombre de la Entidad Financiera**» o a la Compañía, la que le será proporcionada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio.

La Compañía es responsable frente al Asegurado por la cobertura contratada, así como por todos los errores u omisiones en que incurra el «**Nombre de la Entidad Financiera**» con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Asegurado o sus beneficiarios al «**Nombre de la Entidad Financiera**» con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

|                                      |
|--------------------------------------|
| Autorizo cargo mensual en mi tarjeta |
| <hr/>                                |
| Firma del Asegurado                  |



Huella digital

---

/ /  
Fecha (campo obligatorio)

---

---

  
Maria Felix T.  
Gerente de Alianzas y Líneas Personales  
Corporativos  
Pacífico Seguros

---

---

  
Angel Armijo H.  
Gerente Comercial de Seguros  
Pacífico Seguros

|  |   |
|--|---|
| <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS:</b><br><b>PACIFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS</b><br>RUC 20332970411 / Teléfono 518-4500 / Fax 518-4569<br>Av. Juan de Arona N° 830 Piso 5, San Isidro, Lima<br><a href="mailto:servicioalcliente@pacificovida.com.pe">servicioalcliente@pacificovida.com.pe</a> | <b>CONTRATANTE Y COMERCIALIZADOR:</b><br>«XXXXXXXXXX»<br>RUC «XXXXXX» / Teléfono: «XXXXXX» / Fax:<br>«XXXXXX»<br>Dirección «XXXXXX» |
|--|---|

**PARA USO INTERNO:**

Declaro que el asegurado propuesto ha firmado este documento en mi presencia:

---

---

  
Nombre del Vendedor

---

---

  
Código de vendedor

Sucursal

---

---

  
Canal de venta

---

---

  
Firma del vendedor