

Fecha de Venta:     /     /

## Datos del Asegurado

Tipo de Documento      DNI ☐      CE ☐      Pasaporte ☐      N°

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nacionalidad: Peruana ☐ Otra ☐ Sexo: M ☐ F ☐

**Estado Civil:** ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Conviviente

Ocupación: \_\_\_\_\_ Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Domicilio Contractual:** El domicilio contractual será la dirección física y la dirección electrónica (correo) que figura en los sistemas del Banco como datos proporcionados por el Asegurado. Mediante la firma de este documento, autorizo a que ambas direcciones, así como mis números telefónicos, sean proporcionadas a El Pacífico Vida Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante la Compañía).

**Datos del Beneficiario: Cobertura de Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental) (elegir una opción)**

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:

*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
				<b>Total</b>	<b>100%</b>

Si no llenó el recuadro, si marcó ambas opciones, si no llenó la información completa o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se registrará como beneficiarios a los herederos del Asegurado, instituidos de acuerdo a ley, conforme a lo antes expuesto.

Para las coberturas de invalidez, reembolso por emergencia médica accidental, reembolso por cáncer, renta hospitalaria y adelanto por enfermedad terminal, el beneficiario será el propio Asegurado.

### Prima o Prima Comercial: Forma, Oportunidad y Frecuencia de Pago

Esta es la cuenta afiliada donde se cargará la prima del seguro.

**Nro. de Cuenta de Ahorros:**

**Prima Comercial:** Se cobrará en nuevos soles o dólares americanos, según la moneda de la cuenta afiliada y el plan que se elija a continuación:

<b>PLAN MENSUAL</b>		<b>PLAN ANUAL</b>	
S/ X.XX		S/ X.XX	
US\$ X.XX		US\$ X.XX	

El monto de la prima no incluye IGV. La póliza está inafecta al IGV cuando el comprobante de pago se expide a personas naturales residentes en el Perú. La primera prima será cargada en la cuenta afiliada dentro de los 30 días siguientes a la suscripción del presente Documento, salvo que el Asegurado haya realizado el pago en dicho momento. El pago de las primas siguientes vencerá en igual día del primer mes del periodo de cobertura correspondiente. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el seguro por falta de

pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946. **En todo caso, transcurridos 90 días desde el vencimiento del plazo para el pago de la prima, se entiende que el seguro queda extinguido.**

#### **Cálculo del beneficio o suma asegurada**

Para el cálculo de los beneficios se utiliza el saldo mensual promedio de los últimos 6 meses previos a la ocurrencia del siniestro. **El saldo mensual promedio es equivalente al promedio aritmético del saldo mensual de la cuenta afiliada de los últimos 6 meses anteriores al siniestro. El cálculo del saldo mensual promedio para las cuentas con menos de 6 meses se hará asignándole cero de valor de saldo a los meses del plazo no cumplidos.**

En caso el Asegurado cuente con más de una cuenta afiliada al seguro se aplicarán las siguientes condiciones:

- (i) El saldo promedio se determinará sobre la base de la suma de los saldos de las cuentas afiliadas, con lo cual los beneficios se dan por una sola vez, independientemente del número de cuentas afiliadas. En este sentido, los beneficios **no podrán superar las sumas aseguradas máximas ni mínimas establecidos por persona asegurada**, aún cuando el Asegurado cuente con más de una cuenta afiliada.
- (ii) Si la moneda de las cuentas afiliadas es distinta, el pago de las sumas aseguradas y la aplicación de los límites que correspondan se realizarán en moneda nacional.

En caso la cuenta afiliada sea mancomunada, el Asegurado será el mancomunado que suscribe la Solicitud de Afiliación.

#### **Duración de la cobertura (Vigencia):**

- Inicio de Vigencia: La cobertura se inicia respecto de cada Asegurado, a partir de las cero horas del día siguiente a la fecha de emisión del presente Certificado.
- Fin de Vigencia: Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente la presente póliza; (ii) la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago; (iii) el Asegurado no supere las edades límites por cobertura establecidas en el presente documento; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

**Periodo de carencia**: Las coberturas de: Muerte Accidental, Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre y Aéreo, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Reembolso por Emergencia Médica Accidental y Renta Hospitalaria por Accidente, están cubiertas desde el primer día de vigencia del seguro respecto de cada Asegurado; **todas las demás coberturas tienen los «XX» primeros días de periodo de carencia.** No aplican deducibles, franquicias o conceptos similares a cargo del Asegurado.

**Exclusiones**: No se otorgará la cobertura de seguro cuando el siniestro se produzca a consecuencia de:

(i) Para todas las coberturas: Enfermedades o dolencias preexistentes a la contratación del seguro; Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo en caso de fallecimiento siempre y cuando la cobertura haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años; Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. (ii) Adicionalmente, para las coberturas de muerte accidental, invalidez y reembolso por emergencia médica accidental: Consumo de drogas o estado etílico del asegurado mayor a 0.5 gr/l, salvo que el Asegurado hubiese sido sujeto pasivo del delito; Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento; Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios. (iii) Adicionalmente, para la cobertura de reembolso por cáncer: cáncer de piel (excepto melanoma maligno); cáncer detectado antes del inicio del seguro; cáncer no sustentado por un examen de anatomía patológica; cáncer como consecuencia de acciones de guerra. (iv) Adicionalmente, para la cobertura de hospitalización: hospitalizaciones por uso o adicción a drogas, estupefacientes o alcohol, embarazo y maternidad, tratamiento de infertilidad, obesidad o esterilización, cambio de sexo, enfermedades contagiosas epidémicas que requieren aislamiento, chequeos médicos o despistajes,

**Relación de Cláusulas Adicionales detalladas en la póliza grupal**: (i) Adelanto para Gastos de Sepelio en Funerarias Afiliadas; (ii) Beneficio de Muerte Accidental; (iii) Muerte Accidental en Transporte público; (iv)

Reembolso por Emergencia Médica Accidental; (v) Reembolso por Cáncer; (vi) Renta Hospitalaria; (vii) Adelanto por Enfermedad Terminal; y, (viii) Invalidez Total y Permanente por Accidente.

Coberturas y Sumas Aseguradas					
Coberturas	Descripción	Suma asegurada (*1)	Cobertura Máxima (*2)	Cobertura Mínima (*2)	Edad Límite de cobertura
Muerte Natural	Muerte originada por causas naturales.	X veces el saldo promedio	XXXX.XX	XXXX.XX	XX años
Adelanto para gastos de sepelio en funerarias afiliadas (*3)	Reembolso de los gastos de sepelio incurridos en las funerarias afiliadas al momento del siniestro. La relación de funerarias estará a su disposición en la Banca por Teléfono (311-9898).	XXXX.XX	XXXX.XX	XXXX.XX	XX años
Muerte Accidental	Fallecimiento a consecuencia de un accidente no ocasionado en Transporte Público Terrestre ni en Transporte Público Aéreo.	X veces el saldo promedio	XXXX.XX	XXXX.XX	XX años
Muerte Accidental en Transporte público (Terrestre o Aéreo)	<b>Terrestre:</b> Bajo la condición de pasajero, en un medio de Transporte Público Terrestre con licencia respectiva vigente otorgada por la autoridad competente. <b>Se excluye mototaxis.</b> <b>Aéreo:</b> Bajo la condición de pasajero, en avión operado por una empresa aérea comercial con capacidad para más de 8 pasajeros (con licencia vigente otorgada por autoridad competente).	X veces el saldo promedio	XXXX.XX	XXXX.XX	XX años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Para los efectos de esta cobertura, <u>únicamente</u> se considera invalidez: a) la Paraplejía o Cuadriplejía por fractura de la columna vertebral; o, b) la pérdida total o funcional de: (i) la visión de ambos ojos, (ii) ambos brazos o ambas manos; (iii) ambas piernas o ambos pies; (iv) una mano y un pie.	X veces el saldo promedio	XXXX.XX	XXXX.XX	XX años
Reembolso por Emergencia Médica Accidental	Reembolsa los gastos médicos y/o de traslado en ambulancia, derivados de un accidente incurridos hasta las 48 horas posteriores a su ocurrencia. Gastos sustentados con facturas o boletas originales a nombre del asegurado.	X vez el saldo promedio	XXXX.XX	(*4)	XX años
Reembolso por Cáncer	Reembolsa el xx% de los gastos incurridos hasta la suma asegurada máxima, tratamiento médico y/u hospitalización a consecuencia de cáncer diagnosticado por primera vez, durante el primer año de tratamiento. Si el tratamiento se prolonga más de un año, el reembolso se otorgará solo por un año adicional de tratamiento y hasta el límite indicado.	1º año: X veces el saldo promedio	1º año: XXXX.XX 2º año: XXXX.XX (*5)	No aplica	XX años
Renta Hospitalaria	Renta diaria cubierta a partir del 3er día en caso de hospitalización por enfermedad y a partir del 1er día en caso de hospitalización por accidente y por un periodo de hasta XX días por año calendario.	XX% del saldo promedio por día de hospitalización.	XX por día	XX por día	XX años
Adelanto por Enfermedad Terminal	Cuando se diagnostica una esperanza de vida menor a 6 meses. Este beneficio es solo para asegurados que cuenten con un saldo promedio mayor a «XXXX.XX» a la fecha de diagnóstico y se deduce del beneficio final a otorgarse por muerte natural y/o accidente.	XX% del saldo promedio.	XXXX.XX	XXXX.XX	XX años

### Notas al cuadro

(\*1) El beneficio será calculado tomando como referencia el saldo mensual promedio, el cual es equivalente al promedio aritmético del saldo mensual de la cuenta afiliada de los últimos seis (6) meses anteriores al siniestro. (\*2) Según cuenta afiliada. Si la cuenta afiliada es en moneda nacional se tomarán los límites en moneda nacional. Si la cuenta afiliada es en moneda extranjera se tomarán los límites en moneda extranjera. (\*3) Este beneficio se contabiliza como un adelanto de la cobertura de muerte en cualquiera de sus formas, por lo que en caso de haber sido utilizado, el monto de esta cobertura será descontado del beneficio de muerte. El pago de este beneficio no obliga al pago de la cobertura de muerte, cuando se demuestre que no se cumplieron todos los requisitos para acceder a dicha cobertura. Este beneficio será pagado a aquel o aquellos beneficiarios de la cobertura de muerte en cualquiera de sus formas, que hayan efectivamente asumido los gastos correspondientes al sepelio del Asegurado según las facturas o boletas proporcionadas a la Compañía. (\*4) En esta cobertura, si el saldo promedio es inferior a «XXXX.XX», el reembolso, sobre los gastos efectivamente incurridos, se otorga hasta un tope máximo de «XXXX.XX». (\*5) En esta cobertura, si el saldo promedio es inferior a «XXXX.XX», el reembolso, sobre los gastos efectivamente incurridos, se otorga hasta un tope máximo de «XXXX.XX».

### 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, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.** Las coberturas de muerte accidental solo cubrirán el fallecimiento inmediato originado a causa de un accidente, entendido como inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los 90 días siguientes de ocurrido el accidente.
- **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.
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece.
- **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.
- **Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre:** Muerte por accidente en tanto esta ocurra mientras el Asegurado estuviera viajando, subiendo o descendiendo de cualquier medio de transporte público terrestre, bajo la condición de pasajero. **Es condición necesaria que el mencionado medio de transporte tenga la licencia respectiva vigente y otorgada por la autoridad competente para el transporte público de pasajeros. Se excluye mototaxis.**
- **Muerte Accidental en Transporte Público Aéreo:** Muerte por accidente en tanto esta ocurra mientras el Asegurado estuviera viajando, en la condición de pasajero, en un avión operado por una empresa aérea comercial con más de ocho (8) pasajeros, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros, que cuente con la licencia respectiva vigente y otorgada por la autoridad competente, en vuelo regular dentro de itinerario programado, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.

### Renovación y modificaciones a la póliza

La póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado de Seguro tiene una vigencia anual renovable automáticamente en las mismas condiciones, salvo que la Compañía y/o el Contratante comuniquen por escrito las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. **El Contratante 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 lo antes expuesto.

#### **Causales de terminación de la cobertura (o causales de resolución del contrato de seguro)**

El seguro se resolverá por solicitud escrita del Contratante sin expresión de causa y 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 el ejercicio del derecho de arrepentimiento; (ii) Por revocación del consentimiento del Asegurado, en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Normas para la Contratación de la Póliza”; (iii) Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión del Certificado de Seguro efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente; (iv) Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver el Certificado de Seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con 30 días calendario de anticipación; (v) Por solicitud de desafiliación del Asegurado; (vi) Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta.

Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado: (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) Cuando el Asegurado supere la mayor de las Edades Límite aplicables a las coberturas del presente seguro; (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran 90 días calendario desde la fecha establecida para realizar el pago de la prima. Salvo en caso de muerte natural del Asegurado, como consecuencia de los supuestos de resolución o extinción antes listados, terminará la cobertura respecto de cada Asegurado, perdiendo éste y sus respectivos beneficiarios todo derecho indemnizatorio bajo la presente póliza y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro.

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 única correspondiente al tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha de resolución.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el Certificado de Seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos: (i) si, al momento de la afiliación, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable; (ii) en caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, si se comprobase que el Asegurado superaba la “Edad Máxima de Ingreso” a la fecha de contratación del seguro; (iii) en ausencia de interés asegurable al momento de la afiliación al seguro; y, (iv) si al tiempo de la afiliación se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad que se produzca.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales (ii), (iii) o (iv) antes citados, 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.

**Procedimiento para dar aviso de siniestro y presentar una Solicitud de Cobertura:** El beneficiario deberá presentar informar la ocurrencia del siniestro por escrito en cualquier oficina del «Nombre de la Entidad Financiera» o al domicilio de la Compañía, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en la cual tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. El incumplimiento del plazo para realizar el aviso del siniestro no genera la pérdida de los derechos que pudiesen tener los beneficiarios en virtud del presente seguro, los cuales podrán ser requeridos dentro del plazo de prescripción vigente a la fecha de

ocurrencia del siniestro. Asimismo, el beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando original o copia certificada de cada uno de los documentos detallados a continuación, siendo indispensable la presentación, de estos documentos para obtener el beneficio:

**(i) Muerte Natural:** Certificado médico de defunción completo, Partida de defunción, Copia de la Historia Clínica Completa foliada y fedateada. **(ii) Muerte Accidental:** (incluyendo en medio de Transporte Público Terrestre o Aéreo): Partida de defunción, atestado o informe policial completo o carpeta fiscal y, protocolo de necropsia completo, resultados del examen toxicológico y del dosaje etílico, cuando correspondan. **La falta de uno de estos documentos determinará que la causa del siniestro sea considerada como muerte natural.** **(iii) Invalidez Total y Permanente por Accidente:** Informe Médico en el que se diagnostique alguno de los supuestos de invalidez cubiertos, atestado o informe policial completo o carpeta fiscal de corresponder, resultados del examen toxicológico y del dosaje etílico, cuando correspondan. **(iv) Reembolso por Emergencia Médica Accidental:** facturas o boletas originales de los gastos incurridos, a nombre del Asegurado; Informe médico indicando fecha del accidente, causas y diagnóstico; e, Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). **(v) Reembolso por Cáncer:** examen anatomopatológico; recetas médicas; facturas o boletas originales de los gastos incurridos, a nombre del Asegurado; y, Copia de la Historia clínica completa, foliada y fedateada. **(vi) Renta Hospitalaria:** factura original de institución hospitalaria, informe médico original o copia legalizada indicando las causas, diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de alta. **(vii) Adelanto por Enfermedad Terminal:** informe médico original o copia legalizada indicando el diagnóstico y pronóstico respectivo. **(viii) Adelanto para Gastos de Sepelio:** Certificado médico de defunción completo, Partida de defunción, Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía) y Facturas o boletas originales de los gastos incurridos en la funeraria afiliada.

Asimismo, se proporcionará a la Compañía cualquier información que solicite para verificar las causas del siniestro y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. **Los beneficios de vida, invalidez total y permanente por accidente, así como las coberturas de muerte accidental, en transporte público terrestre o aéreo son excluyentes entre sí. Una vez pagado alguno de ellos, se da por cancelada la cobertura.**

La Compañía tendrá un plazo máximo de 30 días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de la cobertura correspondiente; salvo que solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. En caso se trate de la cobertura de adelanto por gastos de sepelio, el plazo máximo será de 20 días. Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por la Compañía o hubiese transcurrido el plazo antes indicado o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, sin pronunciamiento; se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

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

**Mecanismos y soluciones de controversias:** Las partes contratantes, los Asegurados y sus respectivos beneficiarios se someten a la competencia y jurisdicción de los juzgados y tribunales del Estado Peruano.

**Desafiliación del Seguro:** el Asegurado, en cualquier momento y sin expresión de causa, podrá solicitar su desafiliación al seguro (resolución respecto de sus coberturas) empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro, quedando sin efecto las coberturas otorgadas al amparo de la presente póliza respecto de dicho Asegurado a partir de las 23:59 horas del último día calendario del mes en el que se realice la respectiva solicitud (fecha efectiva de la desafiliación) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza respecto del Asegurado solicitante. En caso la solicitud de desafiliación se realice por escrito, a efectos de verificar la identidad del Asegurado, deberá adjuntarse copia del DNI del Asegurado.

**Se deja expresa constancia que cualquier prima que, por error o debido al corto periodo que medie entre la solicitud y la fecha efectiva de la desafiliación, fuese cobrada de manera posterior a la fecha de la desafiliación del Asegurado, únicamente generará la obligación de devolución de la prima cobrada en exceso más el interés legal. En tal sentido, la Compañía no asumirá responsabilidad alguna por los siniestros ocurridos con posterioridad a dicha fecha.**

**Derecho de Arrepentimiento:** El Asegurado podrá resolver el contrato respecto de sí mismo, sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro, dentro de los quince (15) días siguientes de recibido el correspondiente Certificado de Seguro, en cuyo caso, 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.

**Domicilio Contractual:** El Asegurado autoriza a la Compañía a notificarle cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica proporcionada al «Nombre de la Entidad Financiera», la misma que constituye su domicilio contractual. Asimismo, se compromete a informar por escrito cualquier variación con por lo menos 15 días de anticipación. Se considerarán como válidas para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la dirección electrónica indicada en el presente documento o a la última dirección electrónica comunicada a la Compañía en observación del plazo antes indicado. Asimismo, las comunicaciones podrán ser realizadas personalmente y/o a través de una llamada telefónica o cualquier otro medio, siendo válidas, en tanto la Compañía mantenga una constancia del envío de las mismas (cargo, grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación); salvo que en la Ley del Contrato de Seguro se establezca que la comunicación debe ser escrita.

**Áreas encargadas de atender consultas y reclamos:** 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 «Nombre de la Entidad Financiera». 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 realizar consultas o denuncias al Indecopi o a Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

#### **Información de la Póliza de Seguros**

El presente documento constituye un resumen de las condiciones y términos de la Póliza Grupal Seguro Múltiple N° «XXXXX» emitida por **Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (Pacífico Seguros de Vida)**; con RUC N° 20332970411; con dirección física en Av. Juan de Arona 830, piso 5, San Isidro, Lima; con teléfono 513-5000; y, correo electrónico [servicioalcliente@pacificovida.com.pe](mailto:servicioalcliente@pacificovida.com.pe); y, contratada con «Nombre de la Entidad Financiera» con RUC N° «XXXXXXXXXX», con domicilio en «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, XXXXXXXX, XXXXXXXX» y teléfono «XXX-XXXX»; a favor de los clientes del «Nombre de la Entidad Financiera» afiliados al seguro.

En ese sentido, Pacífico Seguros de Vida 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 mediante 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.

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza en cualquiera de las Oficinas del «Nombre de la Entidad Financiera», la que le será entregada dentro de los quince (15) días siguientes.

FUNCIONARIO

FUNCIONARIO