

SOLICITUD - CERTIFICADO N° XXXXX
VIDA SUPERCASH
PÓLIZA N° XXXXX (Registro SBS N° XXXXXXXXXXXXXXXX)

1. DATOS DEL ASEGURADO

Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ N°

Nombres y Apellidos completos: _____

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

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

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____

Edad Límite de Ingreso: Al momento de su afiliación el Asegurado no deberá superar los «XX» años de edad.

Relación con el Contratante: Cliente titular de un crédito.

Crédito N° (en adelante el “**Crédito Asociado**”): _____

Domicilio Contractual: El domicilio contractual será, indistintamente, la dirección física y la dirección electrónica (correo), que se señalan a continuación:

a) Dirección Electrónica (Correo electrónico): _____

b) Dirección Física: Jr. _____ Av. _____ Calle _____ Otros _____ Nombre de la Vía: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Referencia: _____

2. BENEFICIARIOS:

Los beneficiarios serán los herederos legales del Asegurado. Se entenderá por “**herederos legales**” 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.

En caso el Asegurado desee realizar una designación específica deberá solicitarlo por escrito a la Compañía o al Contratante. **Solo podrá designar como beneficiario al cónyuge o conviviente, padres, hijos, sobrinos, tíos, hermanos, abuelos, o nietos del Asegurado, siempre que exista interés asegurable. No se considerarán personas distintas. Si no se indican porcentajes, se entenderá que es en partes iguales.**

3. DURACIÓN DE LA COBERTURA (VIGENCIA):

La cobertura otorgada tendrá una vigencia anual renovable automáticamente, cuyo inicio y fin serán los siguientes

- Inicio:** La vigencia de la cobertura se inicia a la fecha y hora en que se suscribe la presente Solicitud/Certificado, en tanto el Asegurado sea menor de «XX» años de edad, previo desembolso del Crédito Asociado respecto del cual se descontará automáticamente el monto de la prima única.
- Fin:** La vigencia de la cobertura y de sus renovaciones finalizarán a las 23:59 horas del último día de la vigencia original del Crédito Asociado, independientemente de que el plazo del Crédito Asociado se modifique con posterioridad a su contratación.

La vigencia de la cobertura durante el periodo antes indicado se mantendrá mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) el Asegurado no supere los «XX» años de edad (Edad Límite de Permanencia); y, (ii) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

4. PLAN ELEGIDO Y PRIMA ÚNICA (Prima Comercial):

COBERTURAS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
	Suma Asegurada (En «Moneda»)	Suma Asegurada (En «Moneda»)	Suma Asegurada (En «Moneda»)
Muerte Natural	XX,XXX.XX	XX,XXX.XX	XX,XXX.XX
Muerte Accidental	XX,XXX.XX	XX,XXX.XX	XX,XXX.XX
PRIMA COMERCIAL ÚNICA (En «Moneda»)	XX.XX	XX.XX	XX.XX
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La prima no incluye IGV. Actualmente las pólizas de seguro de vida están inafectas al IGV cuando el comprobante de pago se emite a nombre de una persona natural residente en el Perú.

La prima única será pagada al momento del desembolso del Crédito Asociado de la siguiente forma:

• XXXXXXXXXXXXX.

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

EXCLUSIONES:

Este seguro no cubre el fallecimiento del Asegurado cuando el deceso se produjera como consecuencia de: a) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra. b) Enfermedades o dolencias preexistentes a la fecha de afiliación al seguro. c) 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 un (1) año.

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 o lesión 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:** Si durante la vigencia de la cobertura se produce el fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa e inmediata de un accidente y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de del seguro. **Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente.**
- **Muerte Natural:** Si durante la vigencia de la misma se produce el fallecimiento del Asegurado por causa distinta a un accidente y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones del seguro.

5. 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 comunique las modificaciones 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 por la Compañía.** En caso la propuesta de modificación sea aceptada, la Compañía emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones y proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en la póliza de conformidad al párrafo precedente.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la cobertura se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia anual correspondiente de la presente póliza. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática de la póliza.

En caso no proceda la renovación automática de la presente póliza debido a que (i) alguna de las partes manifestó su decisión de no renovarla; o, (ii) se rechazó la propuesta de modificación enviada por la Compañía; el Contratante deberá comunicar a los Asegurados que la póliza no será renovada y que las coberturas se extinguirán al término de la vigencia anual correspondiente.

Queda expresamente acordado que 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.

En caso la Compañía y el Contratante acuerden modificar las condiciones de la póliza, la Compañía proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que hayan sido incorporadas a la póliza.

6. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

La póliza en virtud a la cual se emite la presente Solicitud-Certificado se resolverá por solicitud del Contratante quedando sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente de notificada dicha decisión a la Compañía; 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 póliza terminarán las coberturas de todos los Asegurados afiliados a la misma, liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro. El Contratante deberá informar la resolución o extinción de la póliza a los Asegurados.

Este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado: (i) 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; (ii) Por revocación del consentimiento del Asegurado, en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 121° de la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946; (iii) Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (iv) Por solicitud de desafiliación presentada por el Asegurado (resolución del seguro respecto de sí mismo), la cual podrá efectuarse en cualquier momento y sin expresión de causa, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la afiliación al seguro y con por lo menos 30 días de anticipación. En caso el Asegurado ejerza esta opción a través de una comunicación escrita, deberá acompañar a la comunicación copia simple de su Documento de Identidad.

Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado: (i) Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo se podrá presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en el presente seguro; (ii) Cuando el Asegurado supere la “Edad Límite de Permanencia”; y, (iii) Al término del plazo del Credito Asociado.

Se deja expresa constancia que, en caso la cobertura del seguro se resolviese o extinguiese antes finalizada la vigencia original del Crédito Asociado, según lo dispuesto en el acápite 3 del presente documento, la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima única correspondiente al tiempo no transcurrido. Para estos efectos, el Asegurado deberá solicitar por escrito ante la Compañía o el Contratante la devolución correspondiente. En caso la resolución sea efectuada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte del Asegurado, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente 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 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 Contratante y/o el Asegurado incurren 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 comprobare que existe una declaración inexacta de la edad del Asegurado y la edad real 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. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, se devolverá la prima pagada disminuida en un monto equivalente a la parte proporcional de la prima pagada por el primer año de duración del seguro.

7. PROCEDIMIENTO PARA DAR EL AVISO DE SINIESTRO Y PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Los beneficiarios del Asegurado deberán dar aviso de siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro o a la fecha en la cual toman conocimiento de la existencia del beneficio, de forma escrita a través de cualquier oficina del Contratante o directamente al domicilio físico de la Compañía. Asimismo, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, deberán presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia certificada notarialmente de la siguiente documentación, según se trate de:

Muerte Natural	Muerte Accidental
(1) Partida de defunción o acta de defunción. (2) Certificado médico de defunción completo. (3) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (4) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (5) Documento de Identidad del Asegurado.	(1) Partida de defunción o acta de defunción. (2) Certificado médico de defunción completo. (3) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (4) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (5) Documento de Identidad del Asegurado. (6) Protocolo de Necropsia Completo, según corresponda. (7) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal. (8) Resultado del examen de dosaje etílico, según corresponda. (9) Resultado del examen toxicológico, según corresponda.

Dentro de los 30 días siguientes a la recepción de toda la documentación exigida, 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 el Departamento de Servicios al Ciudadano de la SBS.

8. CONSULTAS O RECLAMOS

Para la atención de sus consultas o reclamos llamar al 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 513-5000 o acercarse a las oficinas de “Atención al Cliente” ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro. Asimismo, podrá realizar sus consultas o denuncias al Indecopi o al Departamento de Servicios al Ciudadano de la SBS.

9. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL 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 omisión, simulación, falsedad de circunstancias relevantes o declaración inexacta, 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 podrá revisar el seguro informándome de ello. 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 la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° XXXXXXXXXXXXX, el cual es de acceso público a través del “Portal del Usuario” de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe). 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 – Ley de Protección de Datos Personales):
Para la correcta ejecución de la relación contractual, el CONTRATANTE / ASEGURADO (“EL CLIENTE”) se obliga a mantener actualizada su información personal, financiera y crediticia (“LA INFORMACIÓN”) y reconoce que PACÍFICO SEGUROS podrá tratarla, actualizarla, completarla y realizar flujos transfronterizos conforme a ley.
PACÍFICO SEGUROS conservará, tratará y realizará flujos transfronterizos con LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato.
Para el tratamiento de LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE, PACÍFICO SEGUROS utilizará diversos Encargados ubicados en el Perú y el extranjero, los cuales se han puesto a disposición del EL CLIENTE y también se encuentran detallados en <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>.
Su información será incluida en el banco de datos de Usuarios que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo el número de registro RNPDP-PJ N.° 774, de titularidad de PACÍFICO SEGUROS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú.
EL CLIENTE puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público o por teléfono o a través del Chat ubicado en nuestra página web www.pacifico.com.pe.
El detalle de nuestra Política de Privacidad se encuentra disponible en:
<https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>
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 (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.**

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 sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. 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 de Seguro de Vida “Vida SUPERCASH” 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 de las coberturas y exclusiones indicadas líneas arriba. Si bien la Compañía debe

entregar la Solicitud-Certificado, dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber suscrito el presente documento, si no media rechazo previo del mismo; a la firma del presente documento, declaro haber recibido la Solicitud-Certificado.

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 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 y tienen los mismos efectos.

COMPAÑÍA DE SEGUROS: PACIFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS RUC 20332970411 / Teléfono 513-5000 Av. Juan de Arona N° 830 Piso 5, San Isidro, Lima www.pacifico.com.pe	CONTRATANTE Y COMERCIALIZADOR: «XXXXXXXXXX» RUC «XXXXXX» / Teléfono: «XXXXXX» / Fax: «XXXXXX» Dirección: «XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»
---	---

Fecha de emisión:

--	--	--

Hora:

:

Oficina:

--	--	--	--	--

Matrícula vendedor:

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

Firma del Asegurado:

--

«Nombre del Funcionario»
«Cargo Funcionario»
PACÍFICO SEGUROS

«Nombre del Funcionario»
«Cargo Funcionario»
PACÍFICO SEGUROS