

1. DATOS DEL CONTRATANTE (SOLICITANTE)

Contratante Igual al Asegurado:____ Vínculo con el Asegurado: _____ Documento de Identidad: _____
Nombres/Razón Social: _____ Giro de Empresa: _____ Ingreso anual: _____
Domicilio Contractual: Dirección física: _____
Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
Correo electrónico: _____ Teléfonos: _____
En Caso de Persona Natural:
Nacionalidad: _____ Fecha de Nac.: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Empleador/Empresa: _____ Cargo: _____ Ocupación: _____ Tipo de
Labores: _____
En Caso de Persona Jurídica:
Nombre del representante legal: _____ Doc. de Identidad: _____
Administrador / Gerente: _____ Doc. de Identidad: _____

2. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Apellidos y Nombre(s): _____ Documento de Identidad: _____
Nacionalidad: _____ Fecha de Nac. _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Ingreso anual: _____ Empleador/Empresa: _____ Tipo de Labores: _____
Domicilio Contractual: Dirección
física: _____
Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
Correo electrónico: _____ Teléfonos: _____

Datos del Asegurado Adicional – PLAN XXXXX

Apellidos y Nombre(s): _____ Documento de Identidad: _____
Nacionalidad: _____ Fecha de Nac. _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Ingreso anual: _____ Empleador/Empresa: _____ Tipo de Labores: _____
Domicilio Contractual: Dirección
física: _____
Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
Correo electrónico: _____ Teléfonos: _____

3. TIPO DE SEGURO SOLICITADO/BENEFICIARIOS

CESIÓN DEL DERECHO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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.

Necesidad estimada de Cobertura de vida según ADN: _____ **Tipo de Riesgo(*):** _____
(*) El tipo de riesgo estándar hace referencia al riesgo que presenta una persona según las estimaciones técnicas realizadas por la Compañía. El tipo de riesgo preferente constituye un descuento que se aplica sobre el costo de la cobertura en caso el propuesto Asegurado tenga la condición de no fumador y cuente con la vacuna completa contra la Covid-19 a la fecha de suscripción de la presente solicitud.

Producto de Vida: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (XXXXXXXXXXXX)			
Coberturas:	Suma Asegurada	Detalle de prima:	
.....	_____	Prima Comercial _____	Frecuencia: _____
.....	_____	Prima de Excedentes _____	Modalidad de Pago: _____
.....	_____	IGV _____	Tipo de Suma asegurada: _____
.....	_____	Prima Total _____	Tipo Fondo C. Individual _____
.....	_____		Tipo Fondo C. Excedentes _____
.....	_____		Plazo de Contratación: _____

SOLO PARA SEGURO DE VIDA DEVOLUCIÓN TOTAL

Al finalizar el plazo de contratación de la póliza se devolverá el _____
Porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos en caso de terminación anticipada de la póliza: _____

Beneficiarios: (P:Principal – C:Contigente / F:Femenino – M:Masculino)

Tipo	Apellidos, Nombres	Parentesco /Vínculo	Sexo	Fecha de Nacimiento	Documento Identidad	%
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Fondo Universitario			(XXXXXXXXXXXX)
Monto del Fondo: _____	Detalle de prima:		
Coberturas: _____	Prima Comercial	_____	Frecuencia: _____
	Prima de Excedentes	_____	Modalidad de Pago: _____
	IGV	_____	Plazo de Contratación: _____
	Prima Total	_____	Nro. Cuotas Anuales: _____

Beneficiario/Apoderado: (F:Femenino – M:Masculino)

Apellidos, Nombres	Parentesco /Vínculo	Sexo	Fecha de Nacimiento	Documento Identidad	%
Beneficiario ⁽¹⁾ _____	_____	_____	_____	_____	_____
Apoderado ⁽²⁾ _____	_____	_____	_____	_____	_____

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

⁽¹⁾El Beneficiario recibirá las cuotas del beneficio **en caso sea mayor de edad**, salvo que el Propuesto Asegurado haya optado por recibir directamente el beneficio.

⁽²⁾En caso el Asegurado falleciera y el beneficiario sea menor de edad.

Producto de Accidentes Personales: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			(XXXXXXXXXXXX)
Coberturas del Asegurado Titular ^(*) :	Suma Asegurada	Detalle de prima:	
.....	_____	Prima Comercial	_____
.....	_____	IGV	_____
.....	_____		_____
.....	_____	Prima Total	_____

Frecuencia: _____

Plazo de Contratación: _____

Lima o Provincia: _____

Modalidad de Pago: _____

Tipo de Plan: _____

- * Para Accidentes Triple Cobertura, Educación Segura, 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.
- * Para Accidentes Triple Cobertura, Educación Segura, Accidentes Cobertura Total en caso de Muerte por Accidente en Transporte aéreo, la suma asegurada total será tres veces suma asegurada por Muerte Accidental Básica elegida.
- * En caso se escoja un plan familiar, las coberturas del cónyuge serán las mismas coberturas aplicables para el Asegurado Titular y tendrán una suma asegurada equivalente al XX% de las sumas aseguradas aplicables al Asegurado titular.
- * Para los productos Viva Seguro y Accidentes Tiple Cobertura, en caso de escoger un plan familiar que incluya hijos, cada hijo tendrá únicamente la cobertura de muerte accidental con una suma asegurada de US\$ X,XXX.XX.
- * Para Educación Segura, la suma asegurada será dividida y pagada en XX rentas fijas mensuales.

SOLO PARA SEGURO DE ACCIDENTES DEVOLUCIÓN TOTAL

Al finalizar el plazo de contratación de la póliza se devolverá el _____

Porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos en caso de terminación anticipada de la póliza: _____

Beneficiarios: (P:Principal – C:Contigente / F:Femenino – M:Masculino)

Tipo	Apellidos, Nombres	Parentesco /Vínculo	Sexo	Fecha de Nacimiento	Documento Identidad	%
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Para asegurados por planes familiares:

	Apellidos y Nombres	Fecha Nacimiento	Sexo	Ocupación	(F:Femenino – M:Masculino) Doc. de Identidad
Cónyuge:					
Hijo(a):					
Hijo(a):					
Hijo(a):					
Hijo(a):					
Hijo(a):					

4. DECLARACIÓN DE SALUD Y OCUPACIÓN

CUESTIONARIO PARA SEGUROS DE VIDA y/o PARA SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES ASEGURADO PRINCIPAL

Profesión: _____
Giro de Empresa: _____
Ocupación: _____
Cargo: _____

¿Cuál es su peso y talla?

1. Estatura (cm) _____
2. Peso (kg) _____
3. ¿Ha perdido peso en los últimos 12 meses?

Datos Laborales

1. ¿Viaja al extranjero por su ocupación?
2. ¿Qué tipo de labores realiza en su ocupación principal?
3. ¿Cumple o ha cumplido funciones públicas en los 5 últimos años sea en territorio nacional o extranjero?
4. ¿Es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional?

Estilo de Vida

1. ¿Consume bebidas alcohólicas?
2. ¿Consume o ha consumido algún tipo de droga?
3. ¿Tiene usted o ha tenido adicción al alcohol o a las drogas? y/o ¿ha sido o es tratado por ello?
4. ¿Fuma actualmente o ha fumado en los últimos 12 meses* (cigarros, pipas, etc.) o ha consumido tabaco en cualquiera de sus formas?

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

5. ¿Practica o ha realizado deportes o cultiva aficiones que puedan considerarse peligrosas tales como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia o algún otro deporte o afición de alto riesgo?
6. ¿Viaja en aeronaves o líneas no comerciales?
7. ¿Ha sido acusado o ha participado en actos calificados como delitos?

Durante los últimos 5 años:

1. ¿Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio u otros establecimientos médicos?
2. ¿Se le ha aconsejado algún examen médico, tratamiento, hospitalización u operación que no hubiera realizado?

Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de:

1. ¿Cáncer, tumores, quistes, pólipos, leucemia, linfoma, anemia aplásica medular, anemia crónica u otra enfermedad de la sangre?
2. ¿Diabetes, insulino dependencia, ganglios linfáticos inflamados, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, epilepsia, esclerosis múltiple o enfermedad (o trastorno) de tipo mental o del sistema nervioso?
3. ¿Derrame, embolia o infarto cerebral, cirugía de revascularización coronaria, bypass, Infarto al miocardio, dolor en el pecho, presión arterial anormal (como hipertensión), soplo cardíaco u otra enfermedad cardíaca o circulatoria?
4. ¿Insuficiencia renal, enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato reproductor (como génito urinario)?
5. ¿Enfermedad del hígado, de la vesícula, del páncreas o del aparato digestivo (como úlcera)?
6. ¿Asma, enfisema, tuberculosis u otra enfermedad respiratoria? O ¿Covid-19 (coronavirus), tos persistente y temperatura elevada o ha tenido contacto con alguna persona sospechosa o confirmada de esta enfermedad?
7. ¿Defecto severo de la vista o del oído, afectación física, enfermedades o condiciones relacionadas a discos intervertebrales, tales como artritis (como gota), reumatismo, dolores en la espalda o articulaciones o cualquier padecimiento o trauma relacionado a la columna vertebral (como paraplejia, hernia)?

Información Médica Adicional

1. Además de lo antes mencionado, ¿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? O ¿tiene usted alguno de los siguientes síntomas sin explicación: Fatiga, vértigo, mareos, sangrados anormales, diarrea o extrañas lesiones en la piel?
2. ¿Tiene usted la intención de buscar consejo médico, tratamiento, cirugía o hacer cualquier examen médico en un plazo cercano?
3. ¿En la actualidad está tomando algún medicamento?
4. ¿Le han diagnosticado infección por VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual?
5. ¿Ha sido sometida a algún tratamiento en los senos u órganos reproductivos?
6. ¿Está usted embarazada en la actualidad?
7. ¿Hay en su familia (Abuelos, padres, hermanos o hijos) antecedentes de enfermedades del corazón, derrame cerebral, cáncer, enfermedades de los riñones, diabetes o hipertensión antes

de los 65 años, tuberculosis, trastornos mentales o desórdenes hereditarios?

8. ¿Ha recibido la vacuna completa contra la Covid-19? Por vacuna completa se entiende que el propuesto asegurado haya recibido con éxito las dosis completas de la vacuna que sean necesarias para lograr la inmunidad contra la Covid-19, conforme al programa prescrito para cada tipo de vacuna.

9. ¿Cuenta con un seguro de salud? Marque según corresponda:

☐ EPS

☐ Seguro Público

☐ Seguro Privado

(Minsa/Essalud)
☐ No tengo seguro

CUESTIONARIO PARA SEGUROS DE VIDA - ASEGURADO ADICIONAL

Profesión: _____

Giro de Empresa: _____

Ocupación: _____

Cargo: _____

¿Cuál es su peso y talla?

1. Estatura (cm) _____

2. Peso (kg) _____

3. ¿Ha perdido peso en los últimos 12 meses?

Datos Laborales

1. ¿Viaja al extranjero por su ocupación?

2. ¿Qué tipo de labores realiza en su ocupación principal?

3. ¿Cumple o ha cumplido funciones públicas en los 5 últimos años sea en territorio nacional o extranjero?

4. ¿Es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional?

Estilo de Vida

1. ¿Consume bebidas alcohólicas?

2. ¿Consume o ha consumido algún tipo de droga?

3. ¿Tiene usted o ha tenido adicción al alcohol o a las drogas? y/o ¿ha sido o es tratado por ello?

4. ¿Fuma actualmente o ha fumado en los últimos 12 meses* (cigarros, pipas, etc.) o ha consumido tabaco en cualquiera de sus formas?

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

5. ¿Practica o ha realizado deportes o cultiva aficiones que puedan considerarse peligrosas tales como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia o algún otro deporte o afición de alto riesgo?

6. ¿Viaja en aeronaves o líneas no comerciales?

7. ¿Ha sido acusado o ha participado en actos calificados como delitos?

Durante los últimos 5 años:

1. ¿Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio u otros establecimientos médicos?

2. ¿Se le ha aconsejado algún examen médico, tratamiento, hospitalización u operación que no hubiera realizado?

Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de:

1. ¿Cáncer, tumores, quistes, pólipos, leucemia, linfoma, anemia aplásica medular, anemia crónica u otra enfermedad de la sangre?

2. ¿Diabetes, insulino dependencia, ganglios linfáticos inflamados, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, epilepsia, esclerosis múltiple o enfermedad (o trastorno) de tipo mental o del sistema nervioso?

3. ¿Derrame, embolia o infarto cerebral, cirugía de revascularización coronaria, bypass, Infarto al miocardio, dolor en el pecho, presión arterial anormal (como hipertensión), soplo cardíaco u otra enfermedad cardíaca o circulatoria?

4. ¿Insuficiencia renal, enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato reproductor (como génito urinario)?

5. ¿Enfermedad del hígado, de la vesícula, del páncreas o del aparato digestivo (como úlcera)?

6. ¿Asma, enfisema, tuberculosis u otra enfermedad respiratoria? O ¿Covid-19 (coronavirus), tos persistente y temperatura elevada o ha tenido contacto con alguna persona sospechosa o confirmada de esta enfermedad?

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

Información Médica Adicional

1. Además de lo antes mencionado, ¿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? O ¿tiene usted alguno de los siguientes síntomas sin explicación: Fatiga, vértigo, mareos, sangrados anormales, diarrea o extrañas lesiones en la piel?

2. ¿Tiene usted la intención de buscar consejo médico, tratamiento, cirugía o hacer cualquier examen médico en un plazo cercano?

3. ¿En la actualidad está tomando algún medicamento?

4. ¿Le han diagnosticado infección por VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual?

5. ¿Ha sido sometida a algún tratamiento en los senos u órganos reproductivos?

6. ¿Está usted embarazada en la actualidad?

7. ¿Hay en su familia (Abuelos, padres, hermanos o hijos) antecedentes de enfermedades del corazón, derrame cerebral, cáncer, enfermedades de los riñones, diabetes o hipertensión antes de los 65 años, tuberculosis, trastornos mentales o desórdenes hereditarios?

8. ¿Ha recibido la vacuna completa contra la Covid-19? Por vacuna completa se entiende que el propuesto asegurado haya recibido con éxito las dosis completas de la vacuna que sean necesarias para lograr la inmunidad contra la Covid-19, conforme al programa prescrito para cada tipo de vacuna.

9. ¿Cuenta con un seguro de salud? Marque según corresponda:

☐ EPS

☐ Seguro Público
(Minsa/Essalud)

☐ Seguro Privado

☐ No tengo seguro

CUESTIONARIO PARA SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES

Profesión: _____
Giro de Empresa: _____
Ocupación: _____
Cargo: _____

¿Cuál es su peso y talla?

Estatura (cm) _____

Peso (kg) _____

Datos Laborales

1. ¿Viaja al extranjero por su ocupación?
2. ¿Qué tipo de labores realiza en su ocupación principal?
3. ¿Cumple o ha cumplido funciones públicas en los 5 últimos años sea en territorio nacional o extranjero?
4. ¿Es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional?

Estilo de Vida

1. ¿Practica o ha realizado deportes o cultiva aficiones que puedan considerarse peligrosas tales como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia o algún otro deporte o afición de alto riesgo?
2. ¿Viaja en aeronaves o líneas no comerciales?

Información Médica Adicional

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?

5. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

ASEGURADO PRINCIPAL

1. ¿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? _____

En caso afirmativo detallar a continuación:

Año de emisión	Compañía	Tipo de Plan	Suma Asegurada	Principal/Cónyuge	Préstamo
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Si la respuesta es "Sí" en cualquiera de las siguientes preguntas, se completará la Sección 6 "Detalles Adicionales y/o Instrucciones Especiales".

- 2.- ¿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? _____
- 3.- ¿El plan de seguros que está solicitando servirá para reemplazar alguna póliza existente de vida, retiro, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica? _____
- 4.- ¿El contratante/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)? _____
- 5.- ¿Ha recibido la vacuna completa contra la Covid-19? Por vacuna completa se entiende que el propuesto asegurado haya recibido _____

ASEGURADO ADICIONAL

1. ¿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? _____

En caso afirmativo detallar a continuación:

Año de emisión	Compañía	Tipo de Plan	Suma Asegurada	Principal/Cónyuge	Préstamo
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Si la respuesta es "Sí" en cualquiera de las siguientes preguntas, se completará la Sección 6 "Detalles Adicionales y/o Instrucciones Especiales".

- 2.- ¿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? _____
- 3.- ¿El plan de seguros que está solicitando servirá para reemplazar alguna póliza existente de vida, retiro, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica? _____
- 4.- ¿El contratante/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)? _____
- 5.- ¿Ha recibido la vacuna completa contra la Covid-19? Por vacuna completa se entiende que el propuesto asegurado haya recibido _____

7. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO**1.- Evaluación y Requisitos del Seguro:**

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 ingresar a la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) o comunicarme al 513-5000.

2.- Entrega de la Póliza:

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. En caso de rechazo, la Compañía comunicará dicha decisión dentro de los 15 días siguientes de formulada la solicitud de seguro y completados todos los requisitos exigidos por la Compañía. La entrega de la(s) póliza(s) se realizará en la dirección electrónica consignada en el presente formato y/o se pondrá a disposición del Contratante/Asegurado a través del aplicativo "Mi Espacio Pacífico" ubicado en la página web de la Compañía. A efectos de garantizar la autenticidad e integridad de la(s) póliza(s) en caso de envío a través de la dirección electrónica, esta(s) contará(n) con la firma electrónica del representante de la Compañía y será(n) enviada(s), con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad.

3.- Políticas de comunicaciones y domicilio contractual:

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.- Información de la Prima

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.

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.

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.

5.- Declaración de Cálculo de Proyección:

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.- Información Médica:

En caso de siniestro, los Asegurados, se comprometen 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.

7.- Información de Condiciones del Seguro:

7.1. 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) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) bajo los Códigos SBS indicados en la **sección 3** 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).

7.2. 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.**

8.- Información Declarada:

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. Por otro lado, si las respuestas expresadas, sobre los temas de No Fumador, sean total o parcialmente falsa o inexacta, 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.

9.- 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.

10.- Protección de datos personales:

En Pacífico Seguros nos preocupamos por la protección y privacidad de los datos personales de nuestros usuarios. Por ello, garantizamos la absoluta confidencialidad de tus datos y empleamos altos estándares de seguridad.

Estamos legalmente autorizados a tratar la información necesaria (personal, financiera, de contacto -como el número de celular, teléfono o correo electrónico-, localización y biometría -como reconocimiento facial o huella digital-, entre otros) y de carácter obligatorio que tenga por finalidad preparar y/o ejecutar la relación contractual que mantenemos y que nos entregues para tales efectos en los documentos correspondientes, o aquella a la que accedamos de manera legítima a fin de actualizarla y completarla. Para garantizar la adecuada ejecución de nuestra relación contractual, es necesario que tu información se encuentre siempre actualizada. Por tanto, deberás mantener actualizada tu información, sin perjuicio que en cumplimiento del Principio de Calidad nosotros la actualicemos, validemos o complementemos a partir de fuentes legítimas públicas o privadas (incluyendo redes sociales) a las que podamos tener acceso en el curso regular de nuestras operaciones.

Las comunicaciones que te podremos remitir en el marco de la ejecución de la relación contractual y/o su preparación, pueden estar relacionadas a información sobre el uso de nuestros canales, consejos de seguridad en el uso de sus productos, acceso a los diferentes canales de atención, estados de cuenta, mantenimiento de la relación comercial, encuestas de satisfacción, entre otros. Asimismo, para dar cumplimiento a las obligaciones y/o requerimientos que se generen en virtud de las normas vigentes en el ordenamiento jurídico peruano y/o en normas internacionales que le sean aplicables, incluyendo, pero sin limitarse a las vinculadas al sistema de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y normas prudenciales, podremos dar tratamiento y eventualmente transferir su información a autoridades y terceros autorizados por ley.

De acuerdo con la Ley N.º 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N.º 003-2013-JUS, así como las normas que las modifican o sustituyan, te informamos que tus datos personales serán almacenados en el banco de datos denominado "Usuarios" y "que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo el número de registro RNPDP-PJP N.º 774, de titularidad de Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., Calle Juan de Arona N.º 830, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima. Pacífico Seguros conservará y tratará tu información mientras se mantenga nuestra relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizada.

Para el tratamiento de tu información, Pacífico Seguros utilizará diversos encargados ubicados en el Perú y en el extranjero (respecto de los cuales se realizará una transferencia al país donde están ubicados). Esta información se encuentra también disponible en [Lista Empresas Socios Comerciales \(pacifico.com.pe\)](#) y podrás acceder a ella en cualquier momento.

Pacífico Seguros podrá modificar cualquier disposición contenida en la presente sección informativa, informándote con una anticipación mínima de 45 días calendario, a partir de los cuales la modificación surtirá efecto.

Puedes ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición dirigiéndote a nuestro sitio web: [Política de privacidad | Transparencia - Pacífico Corporativo | Pacífico \(pacifico.com.pe\)](#), o a través de nuestra Central de Información y Consultas al **(01) 513 50 00**

También podrás consultar nuestra Política de Privacidad en: [Política de privacidad | Transparencia - Pacífico Corporativo | Pacífico \(pacifico.com.pe\)](#)

Autorizaciones para usos adicionales

Autorizas que Pacífico Seguros de manera directa o a través de sus encargados de tratamiento, te oferte y/o remita por cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático lo siguiente:

- Los productos y servicios que brindamos, tales como seguros o cualquier otro que desarrollemos en el futuro.

- Información sobre los beneficios y programas de fidelización que Pacífico Seguros o nuestros aliados comerciales, cuyo listado se encuentra disponible en [Lista empresas socios comerciales \(pacifico.com.pe\)](http://Lista empresas socios comerciales (pacifico.com.pe)), tienen para ti.
- La posibilidad de participar en estudios, investigaciones de mercado, encuestas y/o *focus groups*.

Las comunicaciones o mensajes con la información, ofertas y/o publicidades podrán ser remitidas a través de medios escritos (por ejemplo, comunicaciones físicas), verbales (por ejemplo, mensajes de voz o llamadas telefónicas) o electrónicos/informáticos (por ejemplo, mensajes de texto, notificaciones *push*, WhatsApp, correo electrónico u otras plataformas de mensajería).

Asimismo, autorizas que tus datos sean tratados para realizar un análisis de riesgos y siniestralidad para la contratación de cualquier póliza de seguros, así como para el análisis de los siniestros y la determinación de la cobertura y cuantía de estos mismos. Para ello, nos autorizas a entregarle a las Empresas Aseguradoras y su gremio, cuando así lo requieran en virtud de una solicitud de contratación y/o de cotización de una póliza de seguros, así como por la ocurrencia de un siniestro y/o el riesgo de que el mismo ocurra, información acerca de (i) la existencia de seguros contratados por ti con las Empresas Aseguradoras; y, (ii) las sumas aseguradas y principales condiciones de cobertura. También, y para esta misma finalidad, autorizas a Pacífico Seguros a requerir esta información de las Empresas Aseguradoras y su gremio para cumplir con esta misma finalidad cuando se requiera la contratación y/o cotización de una póliza de seguros, así como para el análisis de los siniestros y la determinación de la cobertura y cuantía de estos mismos. Los resultados del análisis que se realice podrán ser compartidos por Pacífico Seguros con las Empresas Aseguradoras y su gremio, y viceversa.

Pacífico Seguros podrá transferir tu información a las empresas del Grupo Credicorp y socios comerciales ("Terceros Autorizados") cuya identidad y ubicación aceptas haber tenido a tu disposición al momento de contratar, y que también se encuentra disponible en [Lista empresas socios comerciales \(pacifico.com.pe\)](http://Lista empresas socios comerciales (pacifico.com.pe)). Los Terceros Autorizados podrán usar tu información, directamente o a través de encargados, para realizar estudios de mercado, perfiles de compra, envío de publicidad, promociones y ofertas de los productos y/o servicios que ofrecen, y ejecutar o preparar las relaciones comerciales que podrían mantener contigo.

Asimismo, nos autorizas a solicitar a las empresas del Grupo Credicorp, y a éstas a transferirnos, los datos personales de tu titularidad que tuvieren. Ello a fin de cumplir con las finalidades descritas en la presente autorización. Mediante la emisión de esta autorización reconoces haber recibido información relevante de las empresas del Grupo Credicorp que se mantienen a tu disposición en el siguiente enlace [Lista empresas socios comerciales \(pacifico.com.pe\)](http://Lista empresas socios comerciales (pacifico.com.pe)).

Declaras tener conocimiento que (i) fruto de la transferencia de la información entre Pacífico Seguros y los Terceros Autorizados, tu información podrá ser enriquecida a través de fuentes públicas y/o privadas; y, (ii) dicha información enriquecida podrá ser compartida entre Pacífico Seguros y los Terceros Autorizados.

Pacífico Seguros y los Terceros Autorizados podrán conservar y tratar tu información en los términos establecidos en esta autorización, mientras se mantenga nuestra relación contractual y hasta de veinte (20) años de finalizada la misma.

Pacífico Seguros podrá modificar los términos de la presente autorización, para lo cual deberá informarte con una anticipación mínima de 45 días calendario, a partir de los cuales la modificación surtirá efecto. En caso no estés de acuerdo con la modificación realizada, podrás revocar el consentimiento a través de los medios que hemos puesto a tu disposición. Cualquier modificación unilateral que realicemos no podrá tener relación directa con datos sensibles (como por ejemplo, datos biométricos, ingresos económicos, información de salud), según estos han sido regulados en la Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo 3-2013-JUS.

A esta autorización le resultan aplicables los términos señalados en la sección informativa del Tratamiento de tus Datos Personales, así como lo indicado en nuestra Política de Privacidad.

La aceptación o no de esta autorización para "Usos Adicionales y Transferencia de Información" (ajenos a la ejecución de la relación contractual) no condiciona la prestación del servicio que hayas contratado.

☐ Sí acepto

☐ No acepto y prefiero perder la oportunidad de recibir nuevas ofertas

Este documento ha sido generado el XX/XX/XXXX y firmado electrónicamente por el Contratante y por el/los Asegurado(s) (en caso sea distinto al Contratante).

La(s) firma(s) electrónica(s) ha(n) sido certificada(s) por Evcertia.

Nombre del Intermediario: _____ Código del Intermediario: _____ Agencia: _____