

SOLICITUD DE SEGURO N°   
Seguro de Vida Individual 1

**PACÍFICO SEGUROS**

R.U.C. N° 20332970411

Teléfono 513-5000

Av. Juan de Arona N° 830, Piso 5, San  
Isidro

**1. DATOS DEL CONTRATANTE**

Nombre Completo / Razón Social:

Tipo de Documento: D.N.I. ☐ R.U.C. ☐ C.E. ☐ Pasaporte ☐ N°

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

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

Ocupación:  Centro de Trabajo:

**Domicilio Contractual:** Para efectos del presente seguro, mi domicilio contractual será, indistintamente, los datos de contacto que a continuación se indican:

a) Dirección Física (Particular o Comercial):

Distrito:  Provincia:  Departamento:

Referencia:

b) Dirección Electrónica (Correo electrónico):

c) Teléfono:

**2. DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre Completo:

Tipo de Documento: D.N.I. ☐ R.U.C. ☐ C.E. ☐ Pasaporte ☐ N°

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

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

Ocupación:  Centro de Trabajo:

**Domicilio Contractual:** Para efectos del presente seguro, mi domicilio contractual será, indistintamente, los datos de contacto que a continuación se indican:

a) Dirección Física (Particular o Comercial):

Distrito:  Provincia:  Departamento:

Referencia:

b) Dirección Electrónica (Correo electrónico):

c) Teléfono:

**Relación con el Contratante:**

**3. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:**

COBERTURAS	CONDICIONES	PRINCIPALES EXCLUSIONES
<b>Vida</b> (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Cobertura principal. Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.	a) Enfermedades o dolencias preexistentes a la fecha de afiliación al seguro; o, enfermedades congénitas.
<b>Invalidez Total y Permanente por Accidente</b>	Cobertura accesoria. Para los efectos de esta cobertura, <u>únicamente</u> se considera invalidez: a) Paraplejia o Cuadriplejia por fractura de la columna vertebral; b) descerebramiento que impida realizar trabajo alguno por el resto de su vida, c) pérdida total o funcional absoluta 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.	b) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que la afiliación al seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.
<b>Invalidez Total y Permanente por Enfermedad</b>	Cobertura accesoria. Disminución física o intelectual <u>irreversible y definitiva</u> , continua e ininterrumpida, igual o superior a los 2/3 de su	c) 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 habilitados por la autoridad competente del país respectivo.
		d) Participación activa en acto delictuoso,
		e) Guerra declarada o no, actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole; actos de guerrilla, rebelión, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular.
		f) Actos de guerrilla, rebelión, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular,

	capacidad de trabajo, a consecuencia de una enfermedad diagnosticada con posterioridad al periodo de carencia, reconocida por la Compañía utilizando los criterios establecidos para el Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. <b>Periodo de Carencia: «XX» meses.</b>	cuando EL ASEGURADO hubiera participado como elemento activo. g) Práctica o participación en los siguientes deportes: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas, como piloto o acompañante. h) Estado etílico, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos – litro, o uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes; salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo. i) El uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes. j) La participación del Asegurado en actos temerarios, entendidos como aquellos actos o actividades que pongan en grave peligro su vida e integridad física. k) Adicionalmente, la Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de los denominados “Accidentes Médicos”, como los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.
--	--	---

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	EDAD MÁXIMA DE	
		INGRESO	PERMANENCIA
(i) Vida (Muerte Natural o Accidental);			
(ii) Invalidez Total y Permanente por Accidente			
(iii) Invalidez Total y Permanente por Enfermedad <sup>(1)</sup>			

(1) Esta cobertura tiene un periodo de carencia de «XX» meses, el cual finaliza el «dd/mm/aaaa» inclusive.

#### 4. BENEFICIARIOS:

- En caso de fallecimiento:  
XXXXXXXXXX
- En caso de invalidez:  
XXXXXXXXXX

#### 5. PRIMA COMERCIAL:

MONTO: XXXXXX

MONTO MÁS IGV: XXXXXX

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.

Forma y Oportunidad de Pago: \_\_\_\_\_

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 90 días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

#### 6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO:

- a) 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 efectuada con dolo o culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguros. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta de circunstancias relevantes que no obedece a dolo o culpa inexcusable, Pacífico Seguros (en adelante la “Compañía”) podrá informarme la revisión del seguro; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el contrato de seguro.
- b) Por el presente, me comprometo, en caso de siniestro, 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.

c) Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía está disponible la página web de la Compañía ([www.pacificoseguros.com](http://www.pacificoseguros.com)) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP bajo Código SBS XXXXXXXXXXXX, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución:([www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)).

d) La Compañía podrá notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección física y/o electrónica proporcionada, la misma que constituirá mi domicilio contractual. Me comprometo a informar por escrito cualquier variación con por lo menos 15 días calendario 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).

**e) Ley de 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.º003-2013-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.º774, 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](http://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](http://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](http://pacifico.com.pe))

**f) Envío de pólizas electrónicas: (En caso corresponda)**

Dentro de los 15 días siguientes de presentada la solicitud de seguro y completada la información y/o requisitos adicionales, la Compañía entregará o pondrá a disposición la póliza o comunicará el rechazo de la solicitud a través del domicilio contractual del Contratante. Para asegurar la integridad y autenticidad de la póliza, en caso la entrega se realice a través de correo electrónico, esta contará con la firma electrónica del representante de la Compañía y será enviada con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad.

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

**La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días de haber presentado la solicitud de seguro, si no media rechazo previo, según corresponda.**

Fecha de emisión

--	--	--	--	--

Oficina

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

Código vendedor

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

Firma del Contratante:

\_\_\_\_\_

**COMPANIA DE SEGUROS:**  
**PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS**  
RUC 20332970411 / Teléfono 513-5000  
Av. Juan de Arona N° 830 Piso 5, San Isidro  
[www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe)