

SOLICITUD/CERTIFICADO DE SEGURO N° XXXXXXXX
SEGURO DE DESGRAVAMEN RETORNO

PACÍFICO SEGUROS

R.U.C. N° 20332970411

Teléfono 513-5000

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

1. DATOS DEL(DE LOS) ASEGURADO(S):

ASEGURADO 1:

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
 Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ N°
 Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: Peruana ☐ Otra: _____
 Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Conviviente ☐
 Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
 Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____
 Actividad que desempeña: _____
 Ingreso Anual «En Moneda»: _____
 Porcentaje de la Suma Asegurada cubierto: _____

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: _____

Relación con el Comercializador (Entidad Financiera): _____

Donde se mencione "la Compañía" se entenderá que se refiere a "Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros".

2. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

COBERTURAS	CONDICIONES	PRINCIPALES EXCLUSIONES
Vida (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.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Cobertura accesoria. Para los efectos de esta cobertura, <u>únicamente</u> se considera invalidez: a) Paraplejía o Cuadriplejía 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. 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.
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Cobertura accesoria. Disminución física o intelectual <u>irreversible y definitiva</u> , continua e ininterrumpida, igual o superior a los 2/3 de su 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. Periodo de Carencia: XXX meses.	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, 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.

		<p>j) La participación del Asegurado en actos temerarios, entendidos como aquellos actos o actividades que pongan en grave peligro su vida e integridad física.</p> <p>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.</p> <p>a)</p>
Sobrevivencia	Cobertura accesoria: En caso el Asegurado sobreviva al fin de vigencia del seguro según el cronograma original del crédito asociado, estando el presente seguro vigente; se pagará a favor del Titular del Crédito Asociado la suma asegurada correspondiente a la presente cobertura.	No tiene.

SUMA ASEGURADA PARA LAS COBERTURAS DE FALLECIMIENTO E INVALIDEZ: Saldo deudor del CRÉDITO concedido al Asegurado, existente al momento del fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se encuentre al día en sus pagos de conformidad con lo dispuesto en el acápite 4 de la presente Solicitud. El pago de cualquiera de estas coberturas antes indicadas determina la terminación de este seguro, respecto del Asegurado. **El beneficiario de las coberturas de fallecimiento e invalidez otorgadas es el Comercializador.**

Se considerará como fecha de configuración de la invalidez a la fecha de ocurrencia de la invalidez indicada en el primer dictamen emitido por algún organismo previsional (COMAFP o COMEC). De no existir dictamen emitido por algún organismo previsional, la Compañía determinará la fecha de configuración en atención a la Historia Clínica del Asegurado y considerando la fecha en que (i) se determina una pérdida objetiva en la capacidad de trabajo del Asegurado de conformidad con las normas del Sistema Privado de Pensiones; o, (ii) ocurrió el accidente y se verifique que el Asegurado presenta alguno de los supuestos de invalidez accidental cubiertos, según corresponda.

SUMA ASEGURADA PARA LA COBERTURA DE SOBREVIVENCIA: XXXXXXXXXXXXXXXX. **El beneficiario de la cobertura de sobrevivencia es el titular del crédito asociado al presente seguro.**

Edades Límite y Sumas Aseguradas Máximas:

Coberturas	Edad Máxima de		Suma Asegurada Máxima ⁽¹⁾ ⁽²⁾
	Ingreso	Permanencia	
Para las coberturas de Vida, Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Hasta «XX» años y 364 días	«XX» años y 364 días	«Mon»«XXX,XXX.XX»
	De «XX» años hasta «XX» años y 364 días	«XX» años y 364 días	«Mon»«XXX,XXX.XX»
	De «XX» años hasta «XX» años y 364 días	«XX» años y 364 días	«Mon»«XX,XXX.XX»
Para la cobertura de sobrevivencia	Hasta «XX» años y 364 días	«XX» años y 364 días	No Aplica

(1) A partir de cumplidos los «XX» años, la Suma Asegurada Máxima para las coberturas de fallecimiento e invalidez antes indicadas será de «Mon»«XX,XXX.XX».

(2) A partir de cumplidos los «XX» años, la Suma Asegurada Máxima para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad será de «Mon»«XX,XXX.XX».

La suma asegurada máxima por persona aplica a todos los créditos asegurados que tenga una misma persona. Se solicitará Declaración de Salud y/o exámenes médicos en caso el(los) Crédito(s) en vigencia supere(n) los XXXXXX.

3. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde que el Comercializador efectúe el desembolso del CRÉDITO o reprogramación del mismo, previa aprobación de la Compañía sobre las condiciones de asegurabilidad, la cual se dará con la emisión de la póliza. Tratándose de Créditos que superen los XXXXX, el Asegurado deberá suscribir el formato de Declaración de Salud y/o Exámenes Médicos que le sean requeridos.
- **Fin de Vigencia:** Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; (ii) el Asegurado se encuentre al día en el pago de sus primas; (iii) el Asegurado no supere la Edad Límite de Permanencia antes indicada; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

4. PRIMA COMERCIAL:

XX.XX% aplicable al saldo deudor insoluto (Para determinar el porcentaje se ha tomado en consideración la sumatoria de los valores presentes del desgravamen por cada cuota en base al saldo insoluto de la deuda)».

Las primas incluyen las comisiones por comercialización del seguro **equivalente a XX.XX% del saldo deudor**. Las primas no incluyen IGV. 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.

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo por los expresamente indicados en el acápite 2 del presente documento.

5. REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA Y CANALES DE ORIENTACIÓN

El Beneficiario deberá informar al Comercializador la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro o a la fecha en la cual toma conocimiento de la existencia del beneficio. Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial de la siguiente documentación, según se trate de:

Muerte Natural	Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente	Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
(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) Confirmación formal de saldos y cronograma por parte de EL COMERCIALIZADOR.	(1) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (2) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal. (3) Resultado del examen de dosaje etílico o del examen toxicológico, en caso corresponda. (4) Confirmación formal de saldos y cronograma por parte de EL COMERCIALIZADOR. En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes: (5) Partida de defunción o acta de defunción. (6) Certificado médico de defunción completo. (7) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (8) Protocolo de Necropsia Completo.	(1) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (COMAFP o COMEC), que indique el porcentaje de invalidez según las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP. En caso sea emitido por un tercero distinto a los antes indicados, únicamente tendrá valor informativo y referencial, debiendo el Asegurado someterse a las evaluaciones que le requiera la Compañía, la cual asumirá los costos de las mismas. (2) Historia Clínica completa, foliada y fedateada. (3) Confirmación formal de saldos y cronograma por parte de EL COMERCIALIZADOR.

Para solicitar el pago de la cobertura de sobrevivencia, EL ASEGURADO deberá enviar una comunicación a LA COMPAÑÍA adjuntando copia de su documento de identidad o autenticando su identidad a través de los medios digitales que LA COMPAÑÍA ponga a su disposición.

A fin de obtener mayor información sobre el procedimiento para presentar una solicitud de cobertura puede comunicarse a la central telefónica del Comercializador al 311-9898; enviar un correo electrónico a consultasbcp@bcp.com.pe; llamar la Central de Atención al Asegurado de Pacífico Seguros al 513-5000; o, ingresar a la página web de Pacífico Seguros en www.pacifico.com.pe

6. RESOLUCIÓN UNILATERAL Y PORCENTAJE DE DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA PAGADA

EL ASEGURADO, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, podrá solicitar la resolución del presente seguro sin expresión de causa. La solicitud de resolución surtirá efectos a las 23:59 horas del día en el cual es notificada a la Compañía.

Siempre que se haya pagado las dos (02) primeras anualidades del seguro y no corresponda realizar el pago de alguna de las coberturas otorgadas, la resolución del seguro dará al Titular del Crédito Asociado el derecho de obtener la devolución de un porcentaje de la prima pagada, el cual es equivalente a <<XXXXXX>>.

Adicionalmente, LA COMPAÑÍA devolverá al Titular del Crédito Asociado el monto de la prima correspondiente al tiempo no transcurrido, en caso corresponda.

Se deja constancia que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO tienen conocimiento de los efectos de su decisión sobre el crédito asociado al presente seguro y que es su responsabilidad dar aviso a EL COMERCIALIZADOR.

La devolución se realizará en un solo acto y dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud de resolución del seguro.

7. 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) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP bajo Código SBS VI2007400247, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (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.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)

e.1

f) Envío de Certificados electrónicos:

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 el certificado de seguro a través del domicilio contractual del Asegurado. Para asegurar la integridad y autenticidad del certificado de seguro, en caso la entrega se realice a través de correo electrónico, esta contará con la firma electrónica del representante de la Compañía y será enviado con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad.

El presente documento constituye un resumen de las condiciones y términos de la Póliza N° 86312, emitida por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (Pacífico Seguros o la Compañía); con RUC N° 20332970411; con dirección física en la Av. Juan de Arona 830, piso 5, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima; con teléfono 513-5000; y, con dirección electrónica en www.pacifico.com.pe; la cual ha sido contratada por «Nombre de la Entidad Financiera», con RUC N° XXXXXX, con domicilio en XXXXXX y teléfono XXXXXXXX; a favor de aquellos de sus clientes que soliciten su afiliación al presente seguro.

La Compañía es la única y exclusiva responsable por el cumplimiento íntegro de las estipulaciones del presente seguro y es responsable frente al Asegurado de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador con motivo de la comercialización del mismo. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias. Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Comercializador, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiesen dirigido a la Compañía. Asimismo, los pagos efectuados por el asegurado al Comercializador se consideran abonados a la Compañía.

Si bien la Compañía debe entregar el certificado de seguro dentro de un plazo de 15 días de haber presentado la solicitud de seguro, el(los) Asegurado(s) declara(n) haber recibido el certificado de seguro a la firma del presente documento. El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro al Comercializador o a la Compañía, la que le será proporcionada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud.

Fecha de emisión

--	--	--	--	--

Oficina

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

Código vendedor

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

Firma del Asegurado 1:

Firma del Cónyuge Asegurado:

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Funcionario
PACÍFICO SEGUROS

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Funcionario
PACÍFICO SEGUROS

COMPANIA DE SEGUROS:
PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
RUC 20332970411 / Teléfono 513-5000
Av. Juan de Arona N° 830 Piso 5, San Isidro

COMERCIALIZADOR (ENTIDAD FINANCIERA):
<<XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX>>
RUC <<XXXXXX>> / Teléfono: <<XXXXXX>>
<<Dirección Física>>