

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA “DESGRAVAMEN RETORNO”

CONDICIONES GENERALES

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante LA COMPAÑIA, emite a Usted, en adelante EL CONTRATANTE, la presente póliza sobre la vida de EL ASEGURADO. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguros:

- **Accidente:** Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo de EL 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 como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Accidente médico:** Es aquel accidente producido durante o como consecuencia de una intervención, tratamiento o atención médica. Para efectos del presente seguro, esta definición comprende aquellos casos de negligencia o impericia médica.
- **Asegurado:** Es la persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza.
- **Beneficiario:** Es la persona natural o jurídica titular de los derechos indemnizatorios según lo indicado en la Cláusula Décimo Tercera de las presentes Condiciones Generales.
- **Capital Asegurado, Beneficio o Suma Asegurada:** Es el saldo deudor del crédito asociado (capital concedido o reprogramado, intereses compensatorios, moratorios y comisiones) al momento de ocurrido el siniestro (Fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad del Asegurado).
- **Certificado de Seguro:** Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos, vinculado a una póliza de seguro determinada, y que contiene la información mínima sobre las condiciones de aseguramiento, conforme a las disposiciones de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.
- **Comercializador:** Es la Entidad Financiera que emite el crédito asociado al presente seguro y cuya denominación se indica en las Condiciones Particulares de la presente póliza.
- **Configuración de la Invalidez:** 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.
- **Contratante:** Es la persona natural o jurídica que suscribe la póliza con LA COMPAÑIA.
- **Crédito Asociado:** Es el crédito cuyo saldo deudor se encuentra cubierto en caso de ocurrencia de siniestro (Fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad del Asegurado).

- **Endoso:** Es el acuerdo mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de la póliza. Los endosos surten efectos una vez que han sido aprobados por la Compañía, el Contratante y/o el Asegurado, según corresponda.
- **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia y que se encuentran expresamente indicadas en la póliza.
- **Informe Médico Ampliatorio:** Es un formato de **LA COMPAÑÍA** que forma parte de los documentos exigidos para la evaluación de una solicitud de cobertura por fallecimiento. Este formato es entregado al beneficiario a fin de que sea debidamente completado por el médico que tuvo a su cargo la atención de la enfermedad o accidente que ocasionó el deceso del **ASEGURADO**.
- **Miembro:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **Órgano:** Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- **Póliza:** Es el documento emitido por LA COMPAÑÍA en el que consta el contrato de seguro. En él se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.
- **Prima:** Es el valor determinado por LA COMPAÑÍA, como contraprestación por la cobertura de seguro contratada.
- **Rehabilitación:** Es la posibilidad que tiene EL CONTRATANTE de levantar la suspensión de la cobertura del seguro que hubiere operado por la falta de pago oportuno de primas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquél en que se cancela la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a opción de EL CONTRATANTE, mientras que LA COMPAÑÍA no haya expresado por escrito su decisión de resolver la póliza.
- **Siniestro:** Es la materialización de todas y cada una de las condiciones que configuran el riesgo asegurado (cobertura) previsto en el presente contrato de seguro. Para que el siniestro se encuentre cubierto bajo la presente póliza, éste no deberá haberse configurado por alguno de los supuestos de exclusión establecidos en la póliza; asimismo, deberá cumplirse con las condiciones establecidas en el presente contrato de seguros.
- **Solicitud de Seguro:** Documento escrito y firmado por EL CONTRATANTE que forma parte integrante de la presente póliza y en el que consta su voluntad de contratar el seguro.
- **Solicitud-Certificado:** Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos y que contiene la Solicitud de Afiliación y el Certificado de Seguro.
- **Titular del Crédito Asociado:** Es la persona natural o jurídica que suscribe y se obliga al pago del Crédito Asociado.

SEGUNDA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

La póliza es el único documento válido para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

Forman parte integrante de esta póliza, los siguientes documentos:

1. Los Endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros
2. Las Condiciones Especiales

3. Las Condiciones Particulares
4. Las Condiciones Generales

Los documentos antes indicados han sido enumerados de acuerdo a su jerarquía e importancia; de existir alguna contradicción entre ellos, se entenderá que los primeros prevalecen y modifican a los que les siguen en orden correlativo.

TERCERA: INDISPUTABILIDAD

Este seguro será indisputable una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contado desde la fecha de inicio de vigencia, **salvo en caso de dolo**. Lo dispuesto en la presente cláusula no será aplicable en caso la inexactitud o falsedad verse sobre la edad de EL ASEGURADO. En este supuesto se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Octava de las presentes Condiciones Generales.

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente póliza y a las disposiciones contenidas en la Ley del Contrato de Seguro, sus normas modificatorias, sustitutorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulte aplicable.

La Compañía requerirá consentimiento previo por escrito de EL ASEGURADO cuando EL CONTRATANTE del seguro no sea la persona cuya vida se asegura. En este supuesto, EL ASEGURADO podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberá cursar una comunicación escrita a la Compañía, adjuntando copia de su documento de identidad. Una vez notificada la revocación del consentimiento del Asegurado, el seguro quedará resuelto de pleno derecho.

Este seguro ha sido extendido por LA COMPAÑÍA sobre la base de las declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO en la solicitud de seguro y en los documentos complementarios o accesorios a dicha solicitud, en caso corresponda.

Toda declaración inexacta o reticente formulada por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO sobre circunstancias conocidas por éstos que, de haber sido informadas a LA COMPAÑÍA, hubiera impedido la celebración del seguro o modificado sus condiciones, determina la nulidad del presente seguro, si media dolo o culpa inexcusable. En dicho supuesto, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO y/o LOS BENEFICIARIOS carecerán de todo derecho a indemnización bajo la póliza, quedando LA COMPAÑÍA liberada de toda responsabilidad, con excepción de lo determinado en el siguiente párrafo.

De determinarse la nulidad del contrato, LA COMPAÑÍA devolverá a EL ASEGURADO el valor de las primas pagadas sin intereses ni impuestos, y disminuidas en un monto equivalente a la prima pagada por el primer año de duración de la póliza.

Se consideran dolosas a aquellas respuestas a preguntas formuladas en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios que contengan declaraciones inexactas o reticentes sobre circunstancias conocidas por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

Si la declaración inexacta o reticente, no obedece a dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, se aplicarán las siguientes reglas, según sea constatada antes o después de producido el siniestro:

- (i) Si es constatada antes de que se produzca el siniestro, LA COMPAÑÍA presentará a EL CONTRATANTE o ASEGURADO una propuesta de revisión del seguro dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso sea aceptada la revisión del seguro, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, LA COMPAÑÍA podrá resolver el seguro, mediante una comunicación dirigida a EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo precedente. Corresponden a LA COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- (ii) Si la constatación de la declaración inexacta o reticente es posterior a la producción de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la póliza, LA COMPAÑÍA reducirá la indemnización debida en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. De determinarse que el riesgo no es asegurable, no existirá suma asegurada y se procederá con la devolución total de la prima percibida.

QUINTA: VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DE LAS COBERTURAS

La presente póliza se emite con vigencia anual renovable automáticamente. Transcurrido este periodo, la presente póliza se renovará en forma automática. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación escrita de LA COMPAÑÍA con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. En dicha comunicación, LA COMPAÑÍA detallará las modificaciones en caracteres destacados. EL CONTRATANTE tendrá un plazo de treinta (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 y la Compañía emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

En caso se contrate el presente seguro bajo la modalidad grupal, LA COMPAÑÍA proporcionará a EL 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 por lo que el seguro se extinguirá de pleno derecho.

En caso no proceda la renovación automática de la póliza contratada bajo la modalidad grupal debido a que 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.

Las coberturas previstas en la presente póliza adquieren fuerza legal desde el momento del desembolso del crédito u otorgada la reprogramación del mismo por EL COMERCIALIZADOR. Las coberturas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el crédito que motiva la contratación del presente seguro o las eventuales reprogramaciones del referido crédito; (ii) EL ASEGURADO no supere la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares; y, (iii) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

SEXTA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Los beneficios otorgados por esta póliza serán los que se detallan a continuación:

COBERTURA PRINCIPAL:

6.1) Vida (Muerte natural o accidental): Fallecimiento de EL ASEGURADO durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentra comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.

COBERTURAS ACCESORIAS:

6.2) Invalidez Total y Permanente por Accidente: Únicamente se considerará que EL ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente por Accidente si, a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, presenta alguna de las siguientes condiciones:

- a) Pérdida total o funcional absoluta de la visión de ambos ojos;
- b) Pérdida total o funcional absoluta de ambos brazos o ambas manos;
- c) Pérdida total o funcional absoluta de ambas piernas o ambos pies;
- d) Pérdida total o funcional absoluta de una mano y un pie.
- e) Paraplejia o Cuadriplejia por fractura de la columna vertebral;
- f) Estado absoluto de descerebramiento ocasionado por accidente que no permita al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida. Se entiende por descerebramiento a la ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.

Es condición necesaria que la invalidez se manifieste a más tardar dentro de los (2) años siguientes de producido un accidente durante la vigencia de la póliza.

6.3) Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: Se entiende por invalidez total y permanente por enfermedad, la situación irreversible y definitiva de pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que produzca un menoscabo igual o superior a 2/3 de la capacidad de trabajo de EL ASEGURADO, a causa de una Enfermedad diagnosticada con posterioridad al periodo de carencia y de conformidad con 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 y sus normas modificatorias y complementarias.

Esta cobertura tiene un periodo de carencia, cuya duración es indicada en las Condiciones Particulares. El beneficio de esta cobertura no será pagado en caso la enfermedad que origine la invalidez se diagnostique antes o dentro del periodo de carencia.

6.3) Sobrevivencia: En caso EL ASEGURADO sobreviva al término de la vigencia del seguro según el cronograma original del crédito asociado, estando el presente seguro vigente; LA COMPAÑÍA pagará a favor

del Titular del Crédito Asociado al presente seguro la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares.

SÉTIMA: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo esta póliza y que no pertenecen a LA COMPAÑÍA, estarán reservados a EL ASEGURADO, salvo que en las Condiciones Particulares o Generales se hubiere convenido lo contrario.

OCTAVA: EDAD

Al momento de la contratación del presente seguro, EL ASEGURADO no deberá superar la edad máxima de ingreso establecida en las Condiciones Particulares, pudiendo permanecer como asegurado sólo hasta la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

LA COMPAÑÍA podrá requerir al CONTRATANTE, al ASEGURADO y/o a los herederos del ASEGURADO que acrediten la edad del ASEGURADO a través de un documento oficial antes de otorgar cualquier beneficio acordado por la póliza.

Si se comprobase que, a la fecha de contratación del presente seguro, la edad declarada por EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso establecida en las Condiciones Particulares, el seguro será nulo, debiendo LA COMPAÑÍA devolver a EL CONTRATANTE el valor de las primas pagadas.

NOVENA: PRIMAS

La prima es el valor determinado por LA COMPAÑÍA como el precio de las coberturas de seguro contratadas, que deberá ser pagado por EL CONTRATANTE de conformidad con lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las primas deberán ser pagadas sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie. LA COMPAÑÍA no será responsable por las omisiones o falta de diligencia de EL CONTRATANTE que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

En caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos en las Condiciones Particulares, LA COMPAÑÍA comunicará AL CONTRATANTE y/o AL ASEGURADO que, en caso no regularice el pago de la prima adeudada dentro de los treinta (30) días desde el vencimiento de la obligación, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si el siniestro ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, la prima adeudada será deducida del beneficio correspondiente.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver el seguro. Para tal efecto, comunicará a EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el seguro por falta de pago de prima.

En todo caso, si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en las Condiciones Particulares para el pago de la prima, se entiende que el seguro queda extinguido. Se entiende por reclamo del pago de primas, el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza de pago de primas por parte de LA COMPAÑÍA.

Se deja expresa constancia que las comunicaciones referidas en la presente cláusula deberán ser notificadas al domicilio contractual fijado por las partes para efectos del presente seguro. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

DÉCIMA: REHABILITACIÓN

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá solicitar a LA COMPAÑÍA la rehabilitación de sus coberturas, en caso éstas hubieren quedado suspendidas por falta de pago de prima, **siempre y cuando LA COMPAÑÍA no haya comunicado su decisión de resolver el seguro o el seguro no se hubiere extinguido.**

La rehabilitación de la póliza supone el levantamiento de la suspensión de la cobertura a partir de las 00:00 horas del día siguiente a aquel en el que EL CONTRATANTE realiza el pago total de las primas adeudadas. **LA COMPAÑÍA sólo responderá por los siniestros ocurridos a partir de la fecha de rehabilitación, de conformidad con los términos de la presente póliza.**

Se deja expresa constancia que los derechos de reducción y préstamo no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de vida temporal.

DÉCIMO PRIMERA: RESOLUCIÓN UNILATERAL

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro y con por lo menos treinta (30) días de anticipación, podrá solicitar la resolución del presente seguro sin expresión de causa.

En caso EL CONTRATANTE ejerza esta opción y se trate de un seguro contratado bajo la modalidad grupal, se obliga a comunicar a los Asegurados incorporados a la presente póliza, con por lo menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de resolución, su decisión de resolver el contrato de seguro y que como consecuencia de ello terminará la cobertura otorgada a todos los Asegurados.

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.

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 el valor de rescate de la póliza, según el valor indicado en el acápite 4 de las Condiciones Particulares. El pago del valor de rescate se realizará dentro de los treinta (30) días siguientes de presentada la solicitud de resolución.

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

DÉCIMO SEGUNDA: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

La presente póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes supuestos:

1. Por revocación del consentimiento de EL ASEGURADO, en caso EL ASEGURADO sea persona distinta a EL CONTRATANTE, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las presentes Condiciones Generales.
2. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Contratante respecto de la propuesta de revisión de la póliza efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las presentes Condiciones Generales.
3. Por falta de pago oportuno de primas de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Novena de las presentes Condiciones Generales.
4. Por solicitud de resolución de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Primera de las presentes Condiciones Generales.
5. Por la presentación de una Reclamación Fraudulenta, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Quinta de las Condiciones Generales.

Asimismo, la presente póliza se extinguirá ante la ocurrencia de los siguientes eventos:

1. Por fallecimiento de EL ASEGURADO, en cuyo caso el Beneficiario estará facultado a presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en la presente póliza.
2. En caso se apruebe el pago de la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.
3. Por cancelación o término del plazo del préstamo que motiva la contratación del presente seguro o de sus eventuales reprogramaciones.
4. Al finalizar el periodo de vigencia anual de la póliza o de sus renovaciones, en caso se rechace la propuesta de modificación de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Quinta de las presentes Condiciones Generales.
5. Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro.
6. Al cumplir EL ASEGURADO la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares.

Como consecuencia de la resolución o extinción del presente seguro, dejarán de surtir efectos las coberturas otorgadas en virtud del mismo, liberándose a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad indemnizatoria ante la ocurrencia de un siniestro.

Sin perjuicio de lo establecido para las causales de resolución y extinción antes listadas, queda expresamente convenido que LA COMPAÑÍA devolverá al Titular del Crédito Asociado la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha de resolución. Asimismo, en caso se haya pagado las dos (02) primeras anualidades del seguro y no corresponda realizar el pago de la cobertura, la resolución o

extinción del seguro dará al Titular del Crédito Asociado el derecho de obtener el valor de rescate, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Primera.

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:

1. Si EL CONTRATANTE incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las presentes Condiciones Generales.
2. Si se comprobare que la edad real del EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Octava de las presentes Condiciones Generales.
3. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro.
4. Si al tiempo de la contratación del 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 numerales 2, 3 o 4 antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por EL CONTRATANTE, sin intereses y dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Cuarta de las presentes Condiciones.

DÉCIMO TERCERA: BENEFICIARIO DEL SEGURO

El Beneficiario de las coberturas de fallecimiento e invalidez del presente seguro es EL COMERCIALIZADOR que otorga o reprograma el crédito asociado al presente seguro. El Beneficiario de la cobertura de sobrevivencia del presente seguro es el titular del crédito asociado al presente seguro.

Dado el interés asegurable, el Beneficiario de la presente póliza tiene carácter irrevocable, por lo que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá realizar ningún cambio de Beneficiario.

DÉCIMO CUARTA: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

En caso de siniestro, el beneficiario deberá informar por escrito al domicilio de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio, o en el menor plazo posible.

Posteriormente, el beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial de los siguientes documentos:

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)	(1) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (2) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta	(1) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún

<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>
--	---	---

Se deja expresa constancia que, en caso de muerte natural, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud donde se diagnosticó la enfermedad que causó el deceso del Asegurado, la cual deberá contener el Informe Anatomopatológico del diagnóstico inicial, en caso corresponda; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

En caso de muerte accidental, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud que realizó la atención médica del accidente que causó el deceso del Asegurado; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

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.

Asimismo, dentro de los primeros veinte (20) días de completada la información y/o documentación exigida en la presente cláusula para la evaluación de la solicitud de cobertura, LA COMPAÑÍA podrá requerir información y/o documentación adicional para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario; y, se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. Hasta que el Beneficiario cumpla con proporcionar la información y/o documentación adicional solicitada por LA COMPAÑÍA, se suspenderá el plazo para considerar un siniestro consentido, el cual se reanudará al día siguiente de completada toda la documentación adicional requerida por LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos indicados en la presente cláusula para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que se solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Aprobada la solicitud de cobertura o no rechazada dentro del plazo antes indicado, el siniestro quedará consentido.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso del siniestro establecido en la presente cláusula no genera la pérdida de los derechos que pudiesen tener los beneficiarios en virtud del presente seguro, los cuales podrán ser requeridos dentro del plazo de prescripción vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

DÉCIMO QUINTA: RECLAMACIÓN FRAUDULENTA

LA COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si, en cualquier tiempo EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO, sus herederos o terceras personas que actúen en su representación, exageran los daños o emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una reclamación o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente póliza.

Además de lo dispuesto en el párrafo precedente, la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta acarreará la resolución del seguro. Para ejercer esta condición resolutoria, LA COMPAÑÍA comunicará a EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o beneficiario, según corresponda, el rechazo de la solicitud de cobertura y su decisión de resolver la póliza en virtud de la presente cláusula, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 del Reglamento para la Gestión y Pago de Sinistros. Dicha comunicación podrá ser remitida por correo, correo electrónico y/o fax a la dirección o número indicado por éste en la solicitud del seguro o documento posterior. En caso dichos datos no sean correctos o se modifiquen sin previa comunicación a LA COMPAÑÍA, ésta quedará liberada de toda obligación. El seguro quedará resuelto de pleno derecho a los treinta (30) días de recibida la comunicación de resolución.

DÉCIMO SEXTA: PAGO DEL BENEFICIO

La obligación de pagar la suma asegurada por las coberturas del presente seguro deberá ser cumplida por LA COMPAÑÍA en un solo acto y por su valor total, dentro del plazo de treinta (30) días de consentido el siniestro.

DÉCIMO SÉTIMA: DOMICILIO CONTRACTUAL

LA COMPAÑÍA, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO señalan como su domicilio la dirección física (particular o comercial) y la dirección electrónica declaradas en la solicitud de seguro y que originalmente se consignan en las Condiciones Particulares. Para que cualquier variación respecto del domicilio (dirección física o electrónica) sea válida y surta efectos, deberá ser comunicada a la otra parte con por lo menos quince (15) días de anticipación.

Las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas y/o derivadas de la presente póliza, deberán efectuarse en el último domicilio declarado por las partes de conformidad con lo dispuesto en el párrafo precedente. Toda comunicación realizada en cumplimiento de lo dispuesto en la presente cláusula se considerará válida para todo efecto legal. **LA COMPAÑÍA no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio contractual declarado por EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO.** Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico de EL CONTRATANTE, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto LA COMPAÑÍA mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación.

DÉCIMO OCTAVA: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Es obligación de EL CONTRATANTE notificar a los beneficiarios designados de la existencia del presente contrato de seguros, quienes adicionalmente podrán solicitar información del estado de la póliza al fallecimiento de EL ASEGURADO, de acuerdo con lo establecido en el Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley 29355.

Cumplido el plazo de prescripción, sin que se hubiere solicitado el beneficio, LA COMPAÑÍA quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

En la actualidad el plazo legal de prescripción es de diez años contados a partir de la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio, en los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento de una persona; sin embargo, se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

DÉCIMO NOVENA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes acuerdan que toda discrepancia o litigio entre LA COMPAÑÍA, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO, el Beneficiario y/o los herederos de EL ASEGURADO, si lo hubiere, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas peruanas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Perú.

VIGÉSIMA: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la póliza, para que sea válida, deberá ser realizada por medio de un endoso aceptado por LA COMPAÑÍA y por EL CONTRATANTE.

Durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL 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.

una persona natural residente en el Perú.

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 el valor de rescate de la póliza, el cual es equivalente a «XXXXXXXXXX».

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares, salvo por los expresamente indicados en el acápite 6 siguiente.

5. BENEFICIARIO

El beneficiario de las coberturas de fallecimiento e invalidez otorgadas en virtud de la presente póliza es el Comercializador. El beneficiario de la cobertura de sobrevivencia es el titular del crédito asociado al presente seguro.

6. COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS Y EDADES LÍMITE

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	EDAD MÁXIMA DE		SUMA ASEGURADA MÁXIMA ⁽¹⁾ ⁽²⁾ ⁽³⁾
		INGRESO	PERMANENCIA	
(i) Vida (Muerte Natural o Accidental); (ii) Invalidez Total y Permanente por Accidente; y, (iii) Invalidez Total y Permanente por Enfermedad ⁽⁴⁾ .	Saldo deudor del Crédito (capital concedido o reprogramado, intereses compensatorios, moratorios, comisiones y primas no cobradas) a la fecha del siniestro, hasta el límite máximo por Asegurado especificado para cada cobertura.	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»
(iv) Sobrevivencia	«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»	De «XX» años 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 o invalidez 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».
- (3) Límite aplicable a todos los créditos asegurados o reprogramados.
- (4) Esta cobertura tiene un periodo de carencia de «XX» meses, el cual finaliza el «dd/mm/aaaa» inclusive.

Pacifico Compañía de Seguros y Reaseguros, denominada en adelante "LA COMPAÑÍA", con R.U.C. N° 20332970411, con domicilio físico en la Av. Juan de Arona 830, Lima, con domicilio electrónico en www.pacifico.com.pe y con teléfono 518-5300, emite la presente póliza de conformidad con las estipulaciones contenidas en las Condiciones Particulares y Generales de la misma.

Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado a través del Comercializador (Entidad Financiera) sobre 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. LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra la Entidad Financiera Comercializadora; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden a ésta. 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.

Se deja expresa constancia que el presente seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley 29355.

EN FE DE LO CUAL, la presente ha sido firmada por el Contratante y los funcionarios de LA COMPAÑÍA debidamente autorizados para ello.

«Ciudad», «día» del «mes» de «año».

FUNCIONARIO

FUNCIONARIO

CONTRATANTE