

SOLICITUD DE SEGURO N°
 "Desgravamen Individual 3"

PACÍFICO SEGUROS
 R.U.C. N° 20332970411
 Teléfono 518-4500
 Av. Juan de Arona N° 830, Piso 5, San Isidro

1. DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO:

Nombres: _____ Apellidos: _____
 Tipo de Documento: D.N.I. C.E. Pasaporte N°
 Sexo: M F Nacionalidad: Peruana Otra: _____
 Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente
 Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
 Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____
 Rango de Edad: _____

Domicilio Contractual: Para efectos del presente seguro, mi domicilio contractual será, indistintamente, la dirección física y la dirección electrónica (opcional) que a continuación se indican:

a) Dirección Física (Particular o Comercial):
 Distrito: Provincia: Departamento:
 Referencia:
 b) Dirección Electrónica (Correo electrónico):
 Nro. de Solicitud de Crédito (En adelante el "CRÉDITO"): _____

2. COBERTURA(S) Y SUMA ASEGURADA:

COBERTURAS	DEFINICIONES Y CONDICIONES	EXCLUSIONES
Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas naturales o accidentales.	a) Lesiones que el Asegurado sufra en actos de guerra civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín. b) Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas. c) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva. d) Suicidio, intento de suicidio, automutilación o autolesión; salvo que, en caso de fallecimiento, la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Para los efectos de esta cobertura, <u>únicamente</u> se considera: a) Paraplejía o Cuadruplejía por fractura de 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. 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. Se considera como accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo de asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también de los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Pérdida o disminución física o intelectual igual o superior a los 2/3 de su capacidad de trabajo, reconocida por la Compañía utilizando los criterios establecidos para el Sistema Privado de Pensiones, a consecuencia del diagnóstico de una enfermedad.	

SUMA ASEGURADA: Es el saldo deudor del CRÉDITO (capital concedido, reprogramaciones, intereses compensatorios, moratorios, comisiones y primas no cobradas) del Asegurado al momento de ocurrido el siniestro (fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad) hasta el límite de Suma Asegurada según el Rango de Edad que se detalla en el siguiente cuadro. El pago de cualquiera de estas coberturas genera la terminación del seguro.

Límite de Suma Asegurada según Rango de Edad:

Rango de Edad		Sumas Aseguradas Máximas		
		Cobertura Principal	Coberturas Adicionales	
Edad de Ingreso	Edad de Permanencia	Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Invalidez Total y Permanente por Accidente	Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
Hasta los XX años y 364 días	XX y 364 días	«Mon»«XXX,XXX.XX»	«Mon»«XXX,XXX.XX»	«Mon»«XXX,XXX.XX»
Desde los XX años y 364 días	Sin límite	«Mon»«X,XXX.XX»	No aplica	No aplica

3. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde que el Contratante efectúe el desembolso del **CRÉDITO**.
- **Fin de Vigencia:** Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el **CRÉDITO**; (ii) el Asegurado se encuentre en el rango de edad indicado en el acápite precedente; y, (ii) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

4. PRIMA:**Monto de la prima:**

- Para los Asegurados con edad de ingreso hasta los XX años y 364 días: **«X.XX»% sobre el saldo deudor «insoluto / promedio diario».**
- Para los Asegurados con edad de ingreso desde los XX años y 364 días: **«X.XX»% sobre el saldo deudor «insoluto / promedio diario».**

La prima indicada no incluye el IGV. Las pólizas de vida están inafectas al IGV cuando el comprobante de pago es emitido a una persona natural residente en el Perú. La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota del **CRÉDITO**, según el cronograma del mismo. Los pagos efectuados por el Asegurado al «**Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora**» se consideran abonados a la Compañía.

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

5. BENEFICIARIO DEL SEGURO:

El beneficiario de la(s) cobertura(s) del presente seguro es el «**Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora**». De determinarse la procedencia del pago de la cobertura, la Compañía pagará al «**Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora**», la suma asegurada que corresponda en un solo acto.

6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO:

- Declaro que las respuestas dadas a la presente solicitud están hechas bajo declaración jurada, son verídicas y completas, y es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad de circunstancias relevantes o declaración inexacta, dolosa o mediando culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguros. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta que 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.
- 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.pacifico.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP bajo Código SBS VI2007400218, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución:(www.sbs.gob.pe).
- Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá parte de mi domicilio contractual. En caso no haya señalado en la presente Solicitud una dirección electrónica, la referida comunicación deberá realizarse a mi dirección física por

escrito. Asimismo, me comprometo a informar por escrito cualquier variación de mi dirección con por lo menos 15 días de anticipación; caso contrario se considerarán como válidas para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la dirección electrónica o física original. Todas las comunicaciones entre las partes relacionadas al presente seguro deberán ser puestas en conocimiento del «Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora», en su calidad de beneficiario y comercializador del seguro.

d) Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):

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

e) Dentro de los 15 días siguientes de presentada la solicitud de seguro y completada la información y/o requisitos adicionales, la Compañía entregará la póliza 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, 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.

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 «Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora» con motivo de la comercialización del mismo. Las comunicaciones cursadas por el Asegurado a la «Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora», 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 a la «Nombre de la Entidad Financiera Comercializadora», se consideran abonados a la Compañía.

Fecha de emisión

--	--	--	--

Oficina

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

Código vendedor

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

Firma del Asegurado:

SEGURO NO OBLIGATORIO

Mediante la firma escrita o electrónica, el Contratante/Asegurado acepta todas las condiciones del seguro indicadas en la presente Solicitud.