

**Seguro de Vida Protección Financiera - Solicitud de Seguro**  
**Póliza N° 51143 (Registro SBS No VI2007200139)**

Fecha de Venta | - - |

**1. Datos del Asegurado**

Tipo de Documento	DNI <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	N°	
Apellido paterno	Apellido materno		Nombres		
Sexo: F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Nacionalidad: Peruana <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>		
Estado civil:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Conviviente <input type="checkbox"/>
Ocupación	Centro de Trabajo				
Teléfono 1 / Teléfono 2	Correo electrónico				

**Edad Máxima de Ingreso:** Al momento de su afiliación el Asegurado no deberá superar los 60 años de edad.

**Relación con el Contratante:** Cliente titular de un crédito.

**Crédito N° (en adelante el "CRÉDITO"):** \_\_\_\_\_

**Domicilio Contractual:** El domicilio contractual será, indistintamente, mi dirección física y mi dirección electrónica (correo), las cuales figuran en los sistemas de la Entidad Financiera (Contratante) como datos proporcionados por el Asegurado. Mediante la firma de este documento, autorizo a que ambas direcciones sean proporcionadas a Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía).

**2. Beneficiarios**

**Para la cobertura de "VIDA":**

Los beneficiarios serán los herederos legales del Asegurado. Se entenderá por "herederos legales" a aquellas personas que figuren en la Sucesión Intestada, o Testamento, en caso se hubiera otorgado; la distribución se hará en partes iguales, salvo que en el testamento se hubiera designado específicamente a los beneficiarios de esta póliza fijándose una distribución determinada.

En caso el Asegurado desee realizar una designación específica deberá solicitarlo por escrito a la Compañía o al Contratante. Solo podrá designar como beneficiario al cónyuge o conviviente, padres, hijos, sobrinos, tíos, hermanos, abuelos, o nietos del Asegurado, siempre que exista interés asegurable. No se considerarán personas distintas. Si no se indican porcentajes, se entenderá que es en partes iguales.

Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, el beneficiario será el propio Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será entregado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

**3. Prima Comercial**

**Cuota de la Prima Comercial:** 0.052% del monto del crédito desembolsado.

**Frecuencia:** Mensual, de acuerdo a Cronograma de Pagos del CRÉDITO.

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 5 de la presente Solicitud-Certificado

Las cuotas de la prima comercial serán pagadas por el Asegurado, en las oficinas del Contratante, junto con las cuotas del CRÉDITO. En caso la presente solicitud sea rechazada por la Compañía, ésta procederá con la devolución de la prima cobrada en la misma cuenta en la que se desembolsó el préstamo dentro del plazo de 30 días.

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

#### 4. Cobertura y Sumas aseguradas

Coberturas	Definiciones y condiciones	Suma Asegurada	Exclusiones
<b>Vida</b> Edad Límite de Permanencia: 65 años.	Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales. Cobertura básica.	Monto equivalente a la suma original del CRÉDITO financiado por el CONTRATANTE, hasta un máximo de USD 30,000 o S/ 87,500. No se otorgará cobertura por las ampliaciones del monto del CRÉDITO. El pago de cualquiera de estas coberturas determina la terminación de este seguro.	a) Enfermedades o dolencias preexistentes a la fecha de afiliación al seguro; o, enfermedades congénitas. 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) Accidentes aéreos, excepto como pasajero de vuelo comercial sobre ruta sujeta a itinerario regular. 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) Práctica o participación en los siguientes deportes: inmersión submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo, carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas; como piloto o acompañante. g) SIDA/VIH. 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. i) La participación del Asegurado en actos temerarios, entendidos como aquellos actos o actividades que pongan en grave peligro su vida e integridad física. j) Adicionalmente, se excluye 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.
<b>Invalidez Total y Permanente por Accidente</b> Edad Límite de Permanencia: 65 años.	Para los efectos de esta cobertura, únicamente se considera invalidez: a) Fractura incurable 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>Invalidez Total y Permanente por Enfermedad (diagnosticada con posterioridad a los 6 meses de inicio de vigencia de la cobertura del seguro).</b> Edad Límite de Permanencia: 65 años.	Disminución física o intelectual, continua e interrumpida durante más de 6 meses (Periodo de Observación), 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, regulado por la Resolución No 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. e cubrirá la enfermedad diagnosticada con posterioridad al Periodo de Carencia.		

#### DEFINICIONES:

- **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento que afecte el organismo del 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 accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, accidente cerebro vascular, dolores de espalda crónicos, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.
- **Descerebramiento:** Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.
- **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 titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.
- **Fractura incurable de la columna vertebral:** Entendiendo por ésta a aquella fractura de la columna vertebral que causa paraplejía o cuadriplejía por compromiso asociado de la médula espinal.

#### 5. Vigencia

• **Inicio de Vigencia:** Se inicia a las 00:00 horas del día siguiente de suscrita la presente Solicitud/Certificado, en tanto el Asegurado sea menor de 60 años de edad, siempre que el Contratante hubiera efectuado el desembolso del CRÉDITO

• **Fin de Vigencia:** La cobertura se mantendrá vigente mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente la póliza del presente seguro; (ii) se encuentre vigente el Crédito; (iii) la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago; (iv) el Asegurado no supere la "Edad Límite de Permanencia" por cobertura; y, (v) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

#### 6. Relación de Cláusulas Adicionales:

Cláusula Adicional de Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Accidente; y, Cláusula Adicional de Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

## 7. Renovación y Modificaciones a la Póliza:

La póliza en virtud de la cual se emite la presente solicitud/certificado tiene una vigencia anual renovable automáticamente en las mismas condiciones, salvo que la Compañía comunique las modificaciones por escrito con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. En dicha comunicación, la Compañía detallará las modificaciones en caracteres destacados. El Contratante tendrá un plazo de 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 **y la Compañía emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones** Para estos efectos, la Compañía proporcionará al 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.

En caso no proceda la renovación automática de la presente póliza debido a que (i) alguna de las partes manifestó su decisión de no renovarla; o, (ii) 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.

Queda expresamente acordado que durante cada periodo de vigencia anual de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del 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.

En caso la Compañía y el Contratante acuerden modificar las condiciones de la póliza, la Compañía proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que hayan sido incorporadas a la póliza.

## 8. Causales de Terminación de la Cobertura:

La póliza en virtud a la cual se emite la presente solicitud/certificado se resolverá por solicitud del Contratante quedando sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente de notificada dicha decisión a la Compañía; y, se extinguirá al finalizar el periodo de vigencia anual de la póliza o de sus renovaciones en caso cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla. Como consecuencia de la resolución o extinción de la póliza terminarán las coberturas de todos los Asegurados afiliados a la misma, liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro. El Contratante deberá informar la resolución o extinción de la póliza a los Asegurados.

Este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado: (i) Por el ejercicio del derecho de arrepentimiento; (ii) por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión del seguro efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable; (iii) por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver la solicitud/certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con 30 días calendario de anticipación; (iv) por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (v) por solicitud de desafiliación presentada por el Asegurado, la cual podrá efectuarse en cualquier momento y sin expresión de causa, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la afiliación al seguro. **La solicitud de desafiliación surtirá efectos a las 23:59 horas del día en el cual es notificada a la Compañía.** En caso el Asegurado ejerza esta opción a través de una comunicación escrita, deberá acompañar a la comunicación copia simple de su Documento de Identidad. Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado: (i) Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo se podrá presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en el presente seguro; (ii) cuando la Compañía realice el pago de alguna de las coberturas de Invalidez Temporal y Permanente por Accidente; (iii) por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran 90 días calendario desde la fecha establecida para realizar el pago; (iv) cuando el Asegurado supere la mayor de las "Edades Límite de Permanencia" aplicables a las coberturas del presente seguro; y, (v) al término del plazo del CRÉDITO.

Salvo en caso de fallecimiento del Asegurado, como consecuencia de los supuestos de resolución o extinción antes listados, terminará la cobertura respecto de cada Asegurado, perdiendo éste y sus respectivos beneficiarios todo derecho indemnizatorio bajo la presente póliza y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro.

Se deja expresa constancia que, en caso la cobertura del seguro se resolviese o extinguiese antes de finalizada la vigencia original del Crédito, la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima correspondiente al tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se solicita la resolución o se toma conocimiento de la extinción de la póliza.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que la solicitud/certificado será Nula y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos: (i) Si, al momento de la afiliación al seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable; (ii) en caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, si se comprobase que el Asegurado superaba la "Edad Límite de Ingreso" a la fecha de afiliación al seguro; (iii) en ausencia de interés asegurable al tiempo de la afiliación al seguro, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro; y, (iv) si al tiempo de la afiliación al 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 (ii), (iii) o (iv) antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, 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, las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del seguro a título indemnizatorio.

## 9. Procedimiento y Requisitos para Presentar una Solicitud de Cobertura (Aviso de Siniestro):

Los Beneficiarios deberán informar por escrito al domicilio de la Compañía o en cualquier agencia del Contratante sobre la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en la cual toman conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. Posteriormente, los Beneficiarios deberán presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la siguiente documentación:

Muerte Natural	Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente	Invalidez Total Permanente por Enfermedad
<p>(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 por parte del Contratante y cronograma de pagos.</p>	<p>(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, según corresponda.  (4) Resultado del examen toxicológico, según corresponda. (5) Confirmación formal de saldos y cronograma de pagos.  <b>En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes:</b>  (6) Partida de defunción o acta de defunción.  (7) Certificado médico de defunción completo.  (8) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (9) Protocolo de Necropsia Completo, según corresponda.</p>	<p>(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. (2) Historia Clínica completa, foliada y fedateada.</p>

## 10. Consultas o Reclamos

Para la atención de sus consultas o reclamos llamar a Banca por Teléfono 311-9898, o acudir a la Plataforma de Atención de cualquier Oficina del Contratante. Asimismo, puede comunicarse con la Central de Información y Consultas Clientes 513-5000 o acercarse a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro. Asimismo, podrá acudir a Indecopi o a Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

## 11. Mecanismo de Solución de Controversias

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios y/o los herederos del Asegurado, si la hubiera, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.

## 12. Declaraciones y Autorizaciones del Asegurado

La Comisión del Comercializador por este seguro es de 1.02% de la prima comercial y se calcula sin considerar los gastos de gestión.

1. 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 seguro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8.º de la Ley del Contrato de Seguros. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable, la Compañía podrá informarme la revisión del seguro; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el seguro.

2. Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía está disponible en la página web de la Compañía [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007200139, 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)). En particular declaro conocer que el seguro se renovará anual y automáticamente, en las mismas condiciones, salvo que la Compañía y/o el Contratante informe las modificaciones con por lo menos 45 días de anticipación. Como Asegurado convengo en que dispondré de 30 días para manifestar mi rechazo, en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones. No procederá la renovación automática de la cobertura en caso rechace las modificaciones propuestas dentro del plazo antes indicado. Asimismo, declaro conocer que los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de vida temporal.

3. Por la presente, me comprometo 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.

### 4. Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):

4.1. Por la presente cláusula PACÍFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO que, de acuerdo a la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, su

Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS y las demás disposiciones complementarias, PACÍFICO SEGUROS está legalmente autorizada para tratar la información que EL CONTRATANTE le entregue al momento de contratar la póliza, (en adelante la "Información") con la finalidad de ejecutar la relación contractual que origina este contrato. Asimismo, PACÍFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO que, 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 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, PACÍFICO SEGUROS podrá dar tratamiento y eventualmente transferir su Información a autoridades y terceros autorizados por ley.

EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO, reconoce que estarán incluidos dentro de su Información todos aquellos datos, operaciones y referencias a los que PACÍFICO SEGUROS pudiera acceder en el curso normal de sus operaciones, ya sea por haber sido proporcionados por EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO o por terceros o por haber sido desarrollados por PACÍFICO SEGUROS tanto en forma física, oral o electrónica y que pudieran calificar como "Datos Personales" conforme a la legislación de la materia.

En virtud de lo señalado anteriormente EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO autoriza expresamente a PACÍFICO SEGUROS a incorporar su Información al banco de datos personales de usuarios de responsabilidad de PACÍFICO SEGUROS, para que éste pueda almacenar, dar tratamiento, procesar y transferir su Información a sus subsidiarias, afiliadas y/o socios comerciales nacionales listados en la página web de PACÍFICO SEGUROS [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe) (las "Terceras Empresas") conforme a los procedimientos que PACÍFICO SEGUROS determine en el marco de sus operaciones habituales, para efectos de los fines señalados en los párrafos anteriores.

4.2. Asimismo, EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO autoriza a PACÍFICO SEGUROS a utilizar su Información a efectos de:

(i) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquiera de los productos o servicios que PACÍFICO SEGUROS brinda, incluyendo pero sin estar limitado a seguros de riesgos



generales (incluido SOAT), seguros de vida, de accidentes personales o de rentas vitalicias.

(II) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquier otra póliza, producto o servicio de PACÍFICO SEGUROS o de las Terceras Empresas.

(III) Transferirla a las Terceras Empresas a efectos de que cada una de ellas pueda ofrecerle sus productos o servicios, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático.

4.3. EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO reconoce haber sido comunicado que su Información podrá ser conservada, tratada y transferida por PACÍFICO SEGUROS a las Terceras Empresas hasta diez (10) años después de que finalice su relación contractual con PACÍFICO SEGUROS. EL

CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación siempre que cumpla con los requisitos exigidos por las normas aplicables, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público, a través de la página web de PACÍFICO SEGUROS [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe) o por teléfono.

4.4. EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO se obliga a mantener permanentemente actualizada SEGURO NO OBLIGATORIO: Al firmar esta solicitud/certificado, usted acepta pagar la prima que equivale al 0.052% al mes, de acuerdo al cronograma de pagos del crédito.

vigencia de este contrato, especialmente en cuanto se refiere a su nacionalidad, lugar de residencia, situación fiscal o composición accionaria de ser el caso.

5. Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica proporcionada al Contratante, la misma que constituirá mi domicilio contractual. Me comprometo a informar por escrito cualquier variación con por lo menos 15 días 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); salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

Derecho de Arrepentimiento: Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la Solicitud-Certificado, el Asegurado tendrá la facultad de resolver el seguro sin expresión de causa, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida. Para estos efectos, el Asegurado deberá cursar una comunicación a la Compañía empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

Mediante la firma del presente documento, acepto afiliarme a la Póliza Grupal de Seguro de Vida "Protección Financiera" N° 4997768 emitida por la Compañía y contratada por PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS por lo que declaro conocer que me encuentro protegido dentro de los límites de las coberturas y exclusiones indicadas líneas arriba. La Compañía debe entregar el Certificado dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la solicitud de Seguro, si no media rechazo previo. Para estos efectos, autorizo a la Compañía a que realice la entrega del Certificado, indistintamente, en la dirección física elegida o en mi dirección electrónica y declaro expresamente: (i) haber sido informado sobre la forma, procedimiento, ventajas y posibles riesgos asociados al envío del Certificado por medios electrónicos; (ii) tener conocimiento sobre las medidas de seguridad que me corresponde aplicar; (iii) conocer que se confirmará la recepción del Certificado a través de un sistema informático que verifica si el correo electrónico enviado llegó a la bandeja de entrada de mi dirección electrónica; y (iv) aceptar que, a efectos de garantizar la autenticidad e integridad del Certificado, 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 podré acceder digitando el número de mi documento de Identidad.

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro al Banco de Crédito del Perú o a la Compañía, la que le será proporcionada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio. La Compañía es responsable frente al Asegurado por la cobertura contratada, así como por todos los errores u omisiones en que incurra el Banco de Crédito Del Perú con motivo de la comercialización del presente seguro. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Asegurado o sus beneficiarios al Banco de Crédito Del Perú con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Maria Felix  
Gerente de División de Alianzas  
y Bancaseguros  
Pacífico Seguros

Ángel Armijo  
Gerente de División de Riesgos  
Generales y Mercado de Seguros Corporativos  
Pacífico Seguros

**COMPAÑÍA DE SEGUROS:**

PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.  
RUC: 20332970411  
Av. Juan de Arona 830, San Isidro - Lima  
T: 513-5000

**CONTRATANTE Y COMERCIALIZADOR:**

BANCO DE CRÉDITO DEL PERÚ  
RUC: 20100047218  
Centenario 156, Urb. Las Laderas de  
Melgarejo, La Molina - Lima  
T: 313-2000





## Seguro de Vida Protección Financiera - Certificado de Seguro

Póliza N° 51143 (Registro SBS N° VI2007200139)

Fecha de Venta | - - |

### 1. Datos del Asegurado

Tipo de Documento      DNI       C.E.       Pasaporte       N° | |

Apellido paterno      Apellido materno      Nombres

Sexo: F  M       Nacionalidad: Peruana  Otra  | |

Estado civil:      Soltero       Casado       Viudo       Divorciado       Conviviente

Ocupación      Centro de Trabajo

Teléfono 1 / Teléfono 2      Correo electrónico

**Edad Máxima de Ingreso:** Al momento de su afiliación el Asegurado no deberá superar los 60 años de edad.

**Relación con el Contratante:** Cliente titular de un crédito.

**Crédito N°** (en adelante el "CRÉDITO"): | |

**Domicilio Contractual:** El domicilio contractual será, indistintamente, mi dirección física y mi dirección electrónica (correo), las cuales figuran en los sistemas de la Entidad Financiera (Contratante) como datos proporcionados por el Asegurado. Mediante la firma de este documento, autorizo a que ambas direcciones sean proporcionadas a Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía).

### 2. Beneficiarios

#### Para la cobertura de "VIDA":

Los beneficiarios serán los herederos legales del Asegurado. Se entenderá por "herederos legales" a aquellas personas que figuren en la sucesión intestada, o testamento en caso se hubiera otorgado; la distribución se hará en partes iguales, salvo que en el testamento se hubiera designado especialmente a los beneficiarios de esta póliza fijándose una distribución determinada.

En caso el Asegurado desee realizar una designación específica deberá solicitarlo por escrito a la Compañía o al Contratante. Solo podrá designar como beneficiario al cónyuge o conviviente, padres, hijos, sobrinos, tíos, hermanos, abuelos, o nietos del Asegurado, siempre que exista interés asegurable. No se considerarán personas distintas. Si no se indican porcentajes, se entenderá que es en partes iguales.

Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, el beneficiario será el propio Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será entregado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

### 3. Prima Comercial

**Cuota de la Prima Comercial:** 0.052% del monto del crédito desembolsado.

**Frecuencia:** Mensual, de acuerdo al Cronograma de Pagos del CRÉDITO.

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 5 de la presente Solicitud-Certificado

Las cuotas de la prima comercial serán pagadas por el Asegurado, en las oficinas del Contratante, junto con las cuotas del CRÉDITO. En caso la presente solicitud sea rechazada por la Compañía, ésta procederá con la devolución de la prima cobrada en la misma cuenta en la que se desembolsó el préstamo dentro del plazo de 30 días.

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



Coberturas	Definiciones y condiciones	Suma Asegurada	Exclusiones
<b>Vida</b> Edad Límite de Permanencia: 65 años.	Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales. Cobertura básica.	Monto equivalente a la suma original del CRÉDITO financiado por el CONTRATANTE, hasta un máximo de USD 30,000 o S/ 87,500.	a) Enfermedades o dolencias preexistentes a la fecha de afiliación al seguro; o, enfermedades congénitas.
<b>Invalidez Total y Permanente por Accidente</b> Edad Límite de Permanencia: 65 años.	Para los efectos de esta cobertura, únicamente se considera invalidez: a) Fractura incurable 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.	No se otorgará cobertura por las ampliaciones del monto del CRÉDITO. El pago de cualquiera de estas coberturas determina la terminación de este seguro.	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 (diagnosticada con posteridad a los 6 meses de inicio de vigencia de la cobertura del seguro).</b> Edad Límite de Permanencia: 65 años.	Disminución física o intelectual, continua e interrumpida durante más de 6 meses (Periodo de Observación), 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, regulado por la Resolución No 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias, e cubrirá la enfermedad diagnosticada con posteridad al Periodo de Carencia.		c) Accidentes aéreos, excepto como pasajero de vuelo comercial sobre ruta sujeta a itinerario regular. 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) Práctica o participación en los siguientes deportes: inmersión submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo, carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas; como piloto o acompañante. g) SIDA/VIH. 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. i) La participación del Asegurado en actos temerarios, entendidos como aquellos actos o actividades que pongan en grave peligro su vida e integridad física. j) Adicionalmente, se excluye 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.

#### DEFINICIONES:

- **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento que afecte el organismo del 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 accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, accidente cerebro vascular, dolores de espalda crónicos, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.
- **Descerebramiento:** Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.
- **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 titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.
- **Fractura incurable de la columna vertebral:** Entendiendo por ésta a aquella fractura de la columna vertebral que causa paraplejía o cuadriplejía por compromiso asociado de la médula espinal.

#### 5. Vigencia

• **Inicio de Vigencia:** Se inicia a las 00:00 horas del día siguiente de suscrita la presente solicitud/certificado, en tanto el Asegurado sea menor de 60 años de edad, siempre que el Contratante hubiera efectuado el desembolso del CRÉDITO.

• **Fin de Vigencia:** La cobertura se mantendrá vigente mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente la póliza del presente seguro; (ii) se encuentre vigente el Crédito; (iii) la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago; (iv) el Asegurado no supere la “Edad Límite de Permanencia” por cobertura; y, (v) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

#### 6. Relación de Cláusulas Adicionales:

Cláusula Adicional de Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Accidente; y, Cláusula Adicional de Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad; Cláusula Adicional de Beneficio por Hospitalización a causa directa de las lesiones ocasionadas por un Accidente; y, Cláusula Adicional de Beneficio por Enfermedades Graves.

## 7. Renovación y Modificaciones a la Póliza:

La póliza en virtud de la cual se emite la presente solicitud/certificado tiene una vigencia anual renovable automáticamente en las mismas condiciones, salvo que la Compañía comunique las modificaciones por escrito con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. En dicha comunicación, la Compañía detallará las modificaciones en caracteres destacados. El Contratante tendrá un plazo de 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. Para estos efectos, la Compañía proporcionará al 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.

En caso no proceda la renovación automática de la presente póliza debido a que (i) alguna de las partes manifestó su decisión de no renovarla; o, (ii) 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.

Queda expresamente acordado que durante cada periodo de vigencia anual de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del 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.

En caso la Compañía y el Contratante acuerden modificar las condiciones de la póliza, la Compañía proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que hayan sido incorporadas a la póliza.

## 8. Causales de Terminación de la Cobertura:

La póliza en virtud de la cual se emite la presente solicitud/certificado se resolverá por solicitud del Contratante quedando sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente de notificada dicha decisión a la Compañía; y, se extinguirá al finalizar el periodo de vigencia anual de la póliza o de sus renovaciones en caso cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla. Como consecuencia de la resolución o extinción de la póliza terminarán las coberturas de todos los Asegurados afiliados a la misma, liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro. El Contratante deberá informar la resolución o extinción de la póliza a los Asegurados.

Este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado: (i) Por el ejercicio del derecho de arrepentimiento; (ii) por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión del seguro efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable; (iii) por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver la solicitud/certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con 30 días calendario de anticipación; (iv) por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (v) por solicitud de desafiliación presentada por el Asegurado, la cual podrá efectuarse en cualquier momento y sin expresión de causa, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la afiliación al seguro. La solicitud de desafiliación surtirá efectos a las 23:59 horas del día en el cual es notificada a la Compañía. En caso el Asegurado ejerza esta opción a través de una comunicación escrita, deberá acompañar a la comunicación copia simple de su Documento de Identidad. Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado: (i) Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo se podrá presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en el presente seguro; (ii) cuando la Compañía realice el pago de alguna de las coberturas de Invalidez Temporal y Permanente por Accidente; (iii) por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran 90 días calendario desde la fecha establecida para realizar el pago; (iv) cuando el Asegurado supere la mayor de las "Edades Límite de Permanencia" aplicables a las coberturas del presente seguro; y, (v) al término del plazo del CRÉDITO o cancelación del mismo por cualquier causa.

Salvo en caso de fallecimiento del Asegurado, como consecuencia de los supuestos de resolución o extinción antes listados, terminará la cobertura respecto de cada Asegurado, perdiendo éste y sus respectivos beneficiarios todo derecho indemnizatorio bajo la presente póliza y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro.

Se deja expresa constancia que, en caso la cobertura del seguro se resolviese o extinguiese antes de finalizada la vigencia original del Crédito, la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima correspondiente al tiempo no transcurrido, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha de resolución.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que la solicitud/certificado será Nula y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos: (i) Si, al momento de la afiliación al seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable; (ii) en caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, si se comprobare que el Asegurado superaba la "Edad Límite de Ingreso" a la fecha de afiliación al seguro; (iii) en ausencia de interés asegurable al tiempo de la afiliación al seguro, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro; y, (iv) si al tiempo de la afiliación al 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 (ii), (iii) o (iv) antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, 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, las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del seguro a título indemnizatorio.

## 9. Procedimiento y Requisitos para Presentar una Solicitud de Cobertura (Aviso de Siniestro):

Los Beneficiarios deberán informar por escrito al domicilio de la Compañía o en cualquier agencia del Contratante sobre la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en la cual toman conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. Posteriormente, los Beneficiarios deberán presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la siguiente documentación:



Muerte Natural	Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente	Invalidez Total Permanente por Enfermedad
<p>(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 por parte del Contratante y cronograma de pagos.</p>	<p>(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, según corresponda. (4) Resultado del examen toxicológico, según corresponda. (5) Confirmación formal de saldos y cronograma de pagos.  <b>En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes:</b>            (6) Partida de defunción o acta de defunción.            (7) Certificado médico de defunción completo.            (8) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (9) Protocolo de Necropsia Completo, según corresponda.</p>	<p>(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. (2) Historia Clínica completa, foliada y fedateada.</p>

### 10. Consultas o Reclamos

Para la atención de sus consultas o reclamos llamar a Banca por Teléfono 311-9898, o acudir a la Plataforma de Atención de cualquier Oficina del Contratante. Asimismo, puede comunicarse con la Central de Información y Consultas Clientes 513-5000 o acercarse a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro. Asimismo, podrá acudir a Indecopi o a Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

### 11. Mecanismo de Solución de Controversias

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios y/o los herederos del Asegurado, si la hubiera, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.

### 12. Declaraciones y Autorizaciones del Asegurado

La Comisión del Comercializador por este seguro es de 1.02% de la prima comercial y se calcula sin considerar los gastos de gestión.

1. 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 seguro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8.º de la Ley del Contrato de Seguros. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable, la Compañía podrá informarme la revisión del seguro; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el seguro.

2. Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía está disponible en la página web de la Compañía [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007200139, 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)). En particular declaro conocer que el seguro se renovará anual y automáticamente, en las mismas condiciones, salvo que la Compañía y/o el Contratante informe las modificaciones con por lo menos 45 días de anticipación. Como Asegurado convengo en que dispondré de 30 días para manifestar mi rechazo, en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones. No procederá la renovación automática de la cobertura en caso rechace las modificaciones propuestas dentro del plazo antes indicado. Asimismo, declaro conocer que los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de vida temporal.

3. Por la presente, me comprometo 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.

**4. Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):**

4.1. Por la presente cláusula PACÍFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO que, de acuerdo a la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, su

Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS y las demás disposiciones complementarias, PACÍFICO SEGUROS está legalmente autorizada para tratar la información que EL CONTRATANTE le entregue al momento de contratar la póliza, (en adelante la "Información") con la finalidad de ejecutar la relación contractual que origina este contrato. Asimismo, PACÍFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO que, 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 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, PACÍFICO SEGUROS podrá dar tratamiento y eventualmente transferir su información a autoridades y terceros autorizados por ley.

EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO, reconoce que estarán incluidos dentro de su Información todos aquellos datos, operaciones y referencias a los que PACÍFICO SEGUROS pudiera acceder en el curso normal de sus operaciones, ya sea por haber sido proporcionados por EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO o por terceros o por haber sido desarrollados por PACÍFICO SEGUROS tanto en forma física, oral o electrónica y que pudieran calificar como "Datos Personales" conforme a la legislación de la materia.

En virtud de lo señalado anteriormente EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO autoriza expresamente a PACÍFICO SEGUROS a incorporar su Información al banco de datos personales de usuarios de responsabilidad de PACÍFICO SEGUROS para que éste pueda almacenar, dar tratamiento, procesar y transferir su Información a sus subsidiarias, afiliadas y/o socios comerciales nacionales listados en la página web de PACÍFICO SEGUROS [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe) (las "Terceras Empresas") conforme a los procedimientos que PACÍFICO SEGUROS determine en el marco de sus operaciones habituales, para efectos de los fines señalados en los párrafos anteriores.

4.2. Asimismo, EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO autoriza a PACÍFICO SEGUROS a utilizar su Información a efectos de:

(i) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquiera de los productos o servicios que PACÍFICO SEGUROS brinda, incluyendo pero sin estar limitado a seguros de riesgos generales (incluido SOAT), seguros de vida, de accidentes personales o de rentas vitalicias.



(II) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquier o póliza, producto o servicio de PACÍFICO SEGUROS o de las Terceras Empresas.

(III) Transferirla a las Terceras Empresas a efectos de que cada una de ellas pueda ofrecerle sus productos o servicios, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático.

**4.3. EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO** reconoce haber sido comunicado que su Información podrá ser conservada, tratada y transferida por PACÍFICO SEGUROS a las Terceras Empresas hasta diez (10) años después de que finalice su relación contractual con PACÍFICO SEGUROS. EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ ASEGURADO puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación; siempre que cumpla con los requisitos exigidos por las normas aplicables, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público, a través de la página web de PACÍFICO SEGUROS [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe) o por teléfono.

**4.4. EL CONTRATANTE/ASEGURADO-CONTRATANTE/ASEGURADO** se obliga a mantener permanentemente actualizada su Información durante la vigencia de este contrato, especialmente en cuanto se refiere a su nacionalidad, lugar de residencia, situación fiscal o composición accionaria de ser el caso.

**5.** Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica proporcionada al Contratante, la misma que constituirá mi domicilio contractual. Me comprometo a informar por escrito cualquier variación con por lo menos 15 días 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); salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

**6. Derecho de Arrepentimiento:** Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la Solicitud-Certificado, el Asegurado tendrá la facultad de resolver el seguro sin expresión de causa, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida. Para estos efectos, el Asegurado deberá cursar una comunicación a la Compañía empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

Mediante la firma del presente documento, acepto afiliarme a la Póliza Grupal de Seguro de Vida "Protección Financiera" N° 4997768 emitida por la Compañía y contratada por PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS por lo que declaro conocer que me encuentro protegido dentro de los límites de las coberturas y exclusiones indicadas líneas arriba. La Compañía debe entregar el Certificado dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la solicitud de Seguro, si no media rechazo previo. Para estos efectos, autorizo a la Compañía a que realice la entrega del Certificado, indistintamente, en la dirección física elegida o en mi dirección electrónica y declaro expresamente: (i) haber sido informado sobre la forma, procedimiento, ventajas y posibles riesgos asociados al envío del Certificado por medios electrónicos; (ii) tener conocimiento sobre las medidas de seguridad que me corresponde aplicar; (iii) conocer que se confirmará la recepción del Certificado a través de un sistema informático que verifica si el correo electrónico enviado llegó a la bandeja de entrada de mi dirección electrónica; y (iv) aceptar que, a efectos de garantizar la autenticidad e integridad del Certificado, 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 podré acceder digitando el número de mi documento de Identidad.

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro al Banco de Crédito del Perú o a la Compañía, la que le será proporcionada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio.

La Compañía es responsable frente al Asegurado por la cobertura contratada, así como por todos los errores u omisiones en que incurra el Banco de Crédito del Perú con motivo de la comercialización del presente seguro. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Asegurado o sus beneficiarios al Banco de Crédito del Perú con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Firma del Asegurado

SEGURO NO OBLIGATORIO

Agencia

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

Matrícula del vendedor

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

**ESTE SEGURO NO ES OBLIGATORIO: Al firmar esta solicitud, usted acepta pagar la prima que equivale al 0.052% al mes del crédito desembolsado, de acuerdo al cronograma de pagos del crédito.**

**COMPAÑÍA DE SEGUROS:**

PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

RUC: 20332970411

Av. Juan de Arona 830, San Isidro - Lima

T: 513-5000

**CONTRATANTE Y COMERCIALIZADOR:**

BANCO DE CRÉDITO DEL PERÚ

RUC: 20100047218

Centenario 156, Urb. Las Laderas de

Melgarejo, La Molina - Lima

T: 313-2000

