PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
Seguro de Vida Inversión Oro

RESUMEN

1. ¿Qué riesgos cubre?

Cubre el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las **exclusiones** de la póliza.

Coberturas Adicionales (opcionales):
Solo aplicables si el Contratante adquirió estas coberturas adicionales, lo que figurará en las Condiciones Particulares:

a) Beneficio por Muerte Accidental.
b) Invalidez Accidental y Desmembramiento.
c) Exoneración de la Deducción Mensual de la Cobertura Básica por Invalidez Total y Permanente, por Accidente o Enfermedad.
d) Beneficio en Vida por Enfermedades Graves.
e) Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.
f) Vida Temporal hasta 55 años.
g) Vida Temporal hasta 65 años.

2. ¿Cuáles son las principales Exclusiones?

Las principales exclusiones en caso de fallecimiento del Asegurado son las siguientes:
a) Guerra; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole. b) Participación en un acto delictivo. c) Muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante. d) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, si el Asegurado participa como elemento activo. e) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas. f) Suicidio, salvo que hubieran transcurrido dos años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro. g) Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios, no responsables, únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.

El detalle de las exclusiones se establece en la Cláusula Trigésimo Primera de las Condiciones Generales y en la Cláusula Cuarta de las respectivas Cláusulas Adicionales, en caso de haberse contratado. Si el siniestro se produjera como consecuencia de alguno de dichos supuestos no se otorgará la cobertura del seguro.

3. ¿Cuál es la vigencia del seguro?

La vigencia de la presente póliza es la siguiente:
- Inicio: **«***dd/mm/aaaa***»**
- Fin: **«***dd/mm/aaaa***»**

4. ¿Cuál es el costo del seguro?

El detalle del monto de la prima del seguro y de su distribución es el siguiente:

	Monto *(«Mon»)*
Prima Comercial	*«XX.XX»*
Prima de Excedentes[1]	*«XX.XX»*
IGV[2]	*«XX.XX»*
Total	***«XX.XX»***

[1] *El pago de la Prima de Excedentes es Opcional.*
[2] *Los seguros de vida emitidos a favor de personas naturales residentes en el Perú están inafectos al IGV.*

La frecuencia de pago es *«XXXXXXXXXXXXXX».*

La prima deberá ser pagada sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie, de acuerdo a lo indicado por el Contratante en la solicitud de seguro.

5. ¿Cuáles son las características del Componente de Inversión de este seguro?

El presente seguro está asociado a dos cuentas de inversión, la Cuenta Individual y la Cuenta de Excedentes, en las cuales se aportan y deducen

los conceptos indicados en las Cláusulas Vigésimo Tercera y Vigésimo Cuarta de las Condiciones Generales de la Póliza, respectivamente.

Los perfiles de inversión elegidos por el Contratante para cada una de las cuentas asociadas a la póliza son los siguientes:

- Cuenta Individual: «XXXXXXXXXX»
- Cuenta de Excedentes: «XXXXXXXXXX»

Las tasas de rendimiento de los fondos de inversión distintos a los Fondos Garantizados pueden variar en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que los componen, no ofreciéndose garantía alguna de rendimiento ni de capital. Consecuentemente el rendimiento acreditado en las cuentas podrá ser positivo o negativo, dependiendo del resultado de las inversiones.

6. ¿Cuál es el procedimiento para resolver el seguro y solicitar el valor de rescate?

En cualquier momento, el Contratante podrá resolver la póliza y obtener el Valor de Rescate presentando una comunicación a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. El Valor de Rescate se calculará de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Octava de las Condiciones Generales de la Póliza.

El pago del Valor de Rescate se realizará en un plazo máximo de treinta (30) días de recibida la solicitud de resolución de la póliza. El Valor de Rescate comprende la devolución de la parte proporcional de la prima por el periodo no transcurrido.

7. ¿Cuál es el procedimiento para solicitar un préstamo?

Una vez pagadas las primas correspondientes a los dos (2) primeros años de vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar, a través de una comunicación escrita, préstamos en efectivo hasta el límite del valor de rescate que corresponda a la fecha de la solicitud del préstamo.

Los préstamos se sujetarán a las condiciones indicadas en la Cláusula Vigésimo Séptima de las Condiciones Generales de la Póliza.

8. ¿Cuáles son las características del derecho de reducción del seguro?

A partir del inicio de vigencia de la póliza, la falta de pago de prima produce la reducción del seguro, entendiéndose ésta como una reducción del plazo contratado a fin de mantener vigente la suma asegurada originalmente pactada. En consecuencia, en caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos, la póliza podrá mantenerse vigente por el tiempo que el saldo de la Cuenta Individual y, posteriormente, el saldo de la Cuenta de Excedentes, permitan afrontar la Deducción Mensual.

9. ¿Cuáles son los canales para obtener información sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro?

A fin de obtener información sobre el procedimiento para presentar una solicitud de cobertura puede enviar un correo electrónico a consultas.beneficios@pacificovida.com.pe; llamar a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000; o, ingresar a nuestra página web www.pacifico.com.pe. Los documentos que deben adjuntarse a la solicitud de cobertura se encuentran listados en la Cláusula Trigésimo Tercera de las Condiciones Generales.

Ante el rechazo de la solicitud de cobertura de un siniestro, se podrá presentar un reclamo escrito dirigido a la propia Compañía o acudir gratuitamente a la Defensoría del Asegurado, entidad privada, cuyos principales datos son:
Web: www.defaseg.com.pe
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 – Piso 9, San Isidro, Lima – Perú.
Telefax: 421-0614

10. ¿Cuáles son los canales de contacto de la Compañía?

Si tiene alguna consulta o requiere información adicional sobre su seguro puede ingresar a nuestra página web: www.pacifico.com.pe; acercarse a nuestras oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en la Av. Juan de Arona 830, San Isidro; o,

llamar a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000.

11. ¿Cómo se ejerce el Derecho de Arrepentimiento?

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

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
Seguro de Vida Inversión Oro

SUMARIO

I. Condiciones Particulares

II. Condiciones Generales

1. Definiciones
2. De los Documentos – Derecho de Arrepentimiento
3. Estructura de la Póliza
4. Normas para la Contratación de la Póliza
5. Consentimiento del Tercero
6. Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado
7. Indisputabilidad
8. Fecha de Inicio de Vigencia y Plazos de la Póliza
9. Descripción de la Cobertura – Vida Principal
10. Importe del Beneficio
11. Modificaciones de la Suma Asegurada
12. Titular de esta Póliza
13. Edad
14. Primas
15. Deducción Mensual de la Cuenta Individual
16. Costo Mensual de la Cobertura
17. Tarifa Mensual del Seguro de Vida
18. Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas
19. Rehabilitación
20. Opción para la Continuidad de las Condiciones del Seguro
21. Fondos de Inversión
22. Rendimientos de las Cuentas
23. Constitución de la Cuenta Individual
24. Constitución de la Cuenta de Excedentes
25. Retiros Parciales de la Cuenta de Excedentes
26. Información al Contratante
27. Préstamos
28. Resolución de la Póliza y Valor de Rescate
29. Límite de los Noventa y Cinco (95) años
30. Terminación del Contrato
31. Exclusiones - Riesgos no cubiertos
32. Designación de Beneficiarios
33. Aviso de Siniestro – Procedimiento y Requisitos para presentar una Solicitud de Exoneración del Pago de Primas
34. Solicitud de Cobertura Fraudulenta
35. Pago del Beneficio por Fallecimiento
36. Duplicado de Póliza y Copia
37. Impuestos, Tasas y Contribuciones
38. Domicilio
39. Prescripción

40. Mecanismo de Solución de Controversias
41. Modificación de la Póliza
42. Cesión de Derechos
43. Moneda del Contrato

III. Cláusulas Adicionales (Opcionales):

h) Beneficio por Muerte Accidental.
i) Invalidez Accidental y Desmembramiento.
j) Exoneración de la Deducción Mensual de la Cobertura Básica por Invalidez Total y Permanente, por Accidente o Enfermedad.
k) Beneficio por Enfermedades Graves.
l) Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.
m) Vida Temporal hasta 55 años.
n) Vida Temporal hasta 65 años.

Pacífico Seguros

Solicitud Múltiple

Nombre del Intermediario: Código del Intermediario: Agencia:

Seguro de Vida:
Solicitud N° Producto:
Solicitud N° Producto:

Seguro de Accidentes Personales:
Solicitud N° Producto:
Solicitud N° Producto:

Complete cuidadosamente todas las preguntas de esta solicitud. Todos los campos son obligatorios y relevantes.

1. DATOS DEL CONTRATANTE (SOLICITANTE)

¿El Contratante es el propuesto asegurado? Sí ☐ No ☐ Vínculo con el propuesto asegurado:

EN CASO DE PERSONA NATURAL Apellidos y Nombre(s):

Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N° Nacionalidad: Fecha de Nac. / /

Sexo: M ☐ F ☐ Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Conviviente ☐

Telefonos: Casa ( ) Celular ( ) Oficina ( )

Ingreso anual en S/: Empleador / Empresa: Giro:

Cargo: Gerente ☐ Ejecutivo ☐ Empleado ☐ Otro ☐ Profesión Ocupacion

Realiza Labores: Administrativas ☐ Administrativas y operativas ☐ Administrativas y de campo ☐ Operativas y/o de Campo ☐

Indicar detalladamente actividades y tareas que desarrolla cotidianamente en su centro de trabajo:

Dirección de la empresa donde trabaja actualmente: Vía N° Int. Mz. Lote

Jr. Av. Calle

Tipo de agrupamiento Nombre de agrupamiento Distrito Provincia Departamento

EN CASO DE PERSONA JURÍDICA: Razón Social:

RUC: Giro: Ingreso anual en S/:

Nombre del representante legal: Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°

Administrador / Gerente: Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°

a) Dirección electrónica de facturación: @

DOMICILIO CONTRACTUAL EN CASO DE PERSONA NATURAL O PERSONA JURÍDICA:

a) Dirección electrónica: @

b) Dirección física: Vía N° Int. Mz. Lote

Jr. Av. Calle

Tipo de agrupamiento Nombre de agrupamiento Distrito Provincia Departamento

2. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO (Completar solo si el propuesto asegurado es persona distinta al Contratante)

Apellidos y Nombre(s):

Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N° Nacionalidad: Fecha de Nac. / /

Sexo: M ☐ F ☐ Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Conviviente ☐

Telefonos: Casa ( ) Celular ( ) Oficina ( )

Dirección electrónica (Correo electrónico):

Dirección física: Vía N° Int. Mz. Lote

Jr. Av. Calle

Tipo de agrupamiento Nombre de agrupamiento Distrito Provincia Departamento

Ingreso anual en S/: Empleador / Empresa: Giro:

Cargo: Gerente ☐ Ejecutivo ☐ Empleado ☐ Otro ☐ Profesión Ocupacion

Realiza Labores: Administrativas ☐ Administrativas y operativas ☐ Administrativas y de campo ☐ Operativas y/o de Campo ☐

Indicar detalladamente actividades y tareas que desarrolla cotidianamente en su centro de trabajo:

Dirección de la empresa donde trabaja actualmente: Vía N° Int. Mz. Lote

Jr. Av. Calle

Tipo de agrupamiento Nombre de agrupamiento Distrito Provincia Departamento

3. DATOS FAMILIARES DEL PROPUESTO ASEGURADO

(Llenar siempre) Parentesco	Apellidos y Nombres	Fecha de Nacimiento	Sexo	Ocupación	Documento de Identidad
Nombre del Cónyuge					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					
Nombre del hijo(a):					

DATOS DEL CÓNYUGE (En caso de tomar un Plan Familiar en un Seguro de Accidentes Personales) Indicar detalladamente las actividades que realiza en su centro de trabajo:

4. BENEFICIARIOS

CESIÓN DEL DERECHO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (Solo en caso de que el Contratante sea persona distinta al Propuesto Asegurado)

El Contratante cede en forma expresa incondicional y de manera irrevocable a favor del Propuesto Asegurado, el derecho a nombrar al beneficiario o los beneficiarios del contrato de seguro de ser aprobada esta solicitud, De esta manera, el Propuesto Asegurado podrá modificar la designación de los beneficiarios, detallados a continuación, las veces que lo considere necesario. Sí ☐ No ☐.

En caso deje sin contestar esta pregunta se considerará "No" como respuesta.

A. EXCEPTO PARA FONDO UNIVERSITARIO

Beneficiarios principales: (Apellidos, Nombres)	Parentesco/Vínculo	Fecha Nacimiento	Porcentaje %	Documento de identidad

Beneficiarios contingentes: (Apellidos, Nombres)	Parentesco/Vínculo	Fecha Nacimiento	Porcentaje %	Documento de identidad

B. SOLO PARA FONDO UNIVERSITARIO

Beneficiario (recibirá las cuotas del beneficio **en caso sea mayor de edad**, salvo que el Propuesto Asegurado haya optado por recibir directamente el beneficio)

(Apellidos y Nombres)	Parentesco	Fecha Nacimiento	Sexo (M/F)	Documento de identidad

El Propuesto Asegurado solicita la opción de cobrar directamente las cuotas del beneficio (sin importar la edad del beneficiario). Sí ☐ No ☐.

Apoderado para Fondo Universitario (en caso el Asegurado falleciera y el beneficiario sea menor de edad)

(Apellidos y Nombres)	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	Documento de Identidad

El parentesco se define en relación al Propuesto Asegurado.

5. TIPO DE SEGURO DE VIDA SOLICITADO

PARA SER LLENADO POR EL INTERMEDIARIO

Tipo de riesgo(*): ( ) Estándar ( ) Preferencial

(*) El tipo de riesgo estándar hace referencia al riesgo que presenta una persona según las estimaciones técnicas realizadas por la Compañía. El tipo de riesgo preferente constituye un descuento que se aplica sobre el costo de la cobertura en caso el propuesto Asegurado tenga la condición de no fumador y cuente con la vacuna completa contra la Covid-19 **a la fecha de suscripción de la presente solicitud**.

Necesidad estimada de cobertura de vida según el Análisis de Necesidades (ADN) en «Moneda»: _____

Indicar (X) los seguros de vida, la moneda de éstos y las sumas aseguradas de la cobertura básica y coberturas adicionales:

Cobertura Básica		Coberturas Adicionales					
Seguro de Vida	Vida Principal	Beneficio Muerte Accidental	Beneficio InvalidezTotal y Permanente por Accidente o Enfermedad	Beneficio Invalidez Accidental y Desmembra-miento	Exención de Deducción Mensual / Pago de Primas	Beneficio en Vida de Enfermedades Graves	Riders Temporales T55 ( ) T65 ( )
( ) **Seguro de Vida Inversión Platino** Soles ___ Dólares ___.		MAV	ITV	IAV	EDV	–No Aplica–	
( ) **Seguro de Vida Inversión 65 Plus** Soles ___ Dólares ___.						–No Aplica–	
( ) **Seguro de Vida Inversión** Soles ___ Dólares ___.		BMA	ITP	BIA	EDM	BEG	
( ) **Seguro de Vida Inversión Oro** Soles ___ Dólares ___.							
( ) **Seguro de Vida Inversión 65** Soles ___ Dólares ___.							
( ) **Seguro de Vida Devolución Total** Soles ___ Dólares ___.					EPP	–No Aplica–	–No Aplica–
( ) **Vida Temporal 65** Soles ___ Dólares ___.						–No Aplica–	–No Aplica–
( ) **Vida Temporal Oro** Soles ___ Dólares ___.					–No Aplica–	–No Aplica–	–No Aplica–
( ) **Temporal Platino** Soles ___ Dólares ___.		BM2	IT2	BI2	IMPORTANTE - Indicar el número de años del seguro temporal solicitado: 10 años ( ) 15 años ( ) 20 años ( ) 25 años ( ) 30 años ( )		

SÓLO PARA SEGURO DE VIDA INVERSIÓN, SEGURO DE VIDA INVERSIÓN ORO, SEGURO DE VIDA INVERSIÓN PLATINO, SEGURO DE VIDA INVERSIÓN 65 Y SEGURO DE VIDA INVERSIÓN 65 PLUS:

Suma Asegurada	**Moneda**	**Fondos de Inversión**							
		Cuenta Individual				**Cuenta de Excedentes**			
		Fondos (Marque solo una opción**)**				**Fondos (**Marque solo una opción**)**			
( ) Creciente ( ) Nivelada		Garantizados	Controlados	Balanceados	Capitalización	Garantizados	Controlados	Balanceados	Capitalización
	Dólares	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX
	Soles	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX	( ) Fondo XX

IMPORTANTE: Cada fondo seleccionado y la prima del producto deben estar en la misma moneda. Luego de la contratación del seguro, únicamente se podrán solicitar cambios de fondos entre los fondos que se encuentren disponibles en la misma moneda.

SOLO PARA SEGURO DE VIDA DEVOLUCIÓN TOTAL:

	PLAZO DE CONTRATACIÓN O VIGENCIA DE LA PÓLIZA		
	XX años ___.	XX años ___.	XX años ___.
Porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos en caso de terminación anticipada de la póliza(*)	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%

(*) El retorno de primas al finalizar el plazo de contratación de la póliza será equivalene al XX% de las primas pagadas netas de impuestos.

SOLO PARA FONDO UNIVERSITARIO

Moneda: Soles ___ Dólares ___ Suma Asegurada: _____

Plazo de Inversión: _____ años (10-18 años) Nro. cuotas anuales del pago del beneficio: _____ (1 a 5)

Declaración del Contratante para los Seguros de Vida Inversión, Vida Inversión Oro, Vida Inversión Platino, Vida Inversión 65, Vida Inversión 65 Plus o Fondo Universitario

Declaro haber recibido por parte del intermediario que figura en la presente solicitud el documento "Cálculo de Proyección" respecto del producto solicitado, cuyas características me han sido explicadas en su totalidad. Asimismo, declaro conocer que, salvo para el Fondo Garantizado, los rendimientos de la Cuenta Individual y Cuenta de Excedentes varían en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que respaldan los portafolios elegidos por el Contratante. Asimismo, declaro conocer que, salvo para el Fondo Garantizado, Pacífico Seguros (en adelante la Compañía) no ofrece garantía alguna de rentabilidad ni de capital, consecuentemente los rendimientos acreditados en las cuentas para fondos distintos al Fondo Garantizado podrán ser positivos o negativos, dependiendo del resultado de las inversiones de los portafolios elegidos.

6. TIPO DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES SOLICITADO

Marcar con una (X) el plan seleccionado y la moneda:

A. Viva Seguro (1) y (2)

Titular ☐. Titular+Cónyuge+Hijos ☐. Titular+Cónyuge ☐. Titular+Hijos ☐.

Soles ☐ Dólares ☐.

	Solo opciones (T+C+H) y (T+C)		Para todas las Opciones					
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8
Muerte Accidental	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular / **Cada hijo:** XX.XX por Muerte Accidental en cualquier evento.								

	Para todas las Opciones								
Muerte Accidental	Plan 9	Plan 10	Plan 11	Plan 12	Plan 13	Plan 14	Plan 15	Plan 16	Plan 17
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular / **Cada hijo:** XX.XX por Muerte Accidental en cualquier evento.									

B. Accidentes Cobertura Total (2), (3) y (4)

Solo Lima ☐. Solo Provincias ☐. | Titular ☐. Titular+Cónyuge ☐.

Soles ☐ Dólares ☐.

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan7
Muerte Accidental Básica	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Indemnización diaria por hospitalización en caso de Accidente.	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Indemnización diaria por hospitalización en caso de Accidente – UCI(*)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular.	(*) UCI: Unidad de Cuidados Intensivos						

C. Educación Segura (2), (3), (4) y (5)

Titular ☐. Titular+Cónyuge ☐.

Soles ☐ Dólares ☐.

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6
Muerte Accidental Básica	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular.						

D. Accidentes Triple Cobertura (1), (2), (3) y (4)

Titular ☐. Titular+Cónyuge+Hijos ☐. Titular+Hijos ☐.

Soles ☐ Dólares ☐.

	Solo opción (T+C+H)		Para todas las Opciones					
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8
Muerte Accidental Básica	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
			Plan 9	Plan 10	Plan 11	Plan 12	Plan 13	Plan 14
			XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular / **Cada hijo:** XX.XX por Muerte Accidental en cualquier evento.								

E. Accidentes Reembolso (2)

Titular ☐. Titular+Cónyuge ☐.

Soles ☐ Dólares ☐.

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8
Muerte Accidental	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Invalidez total y permanente y desmembramiento por accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

Máximo Reembolso de gastos médicos por accidente (*)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular.								
(*) Se reembolsarán los gastos efectivamente incurridos y sustentados en comprobantes de pago originales. Aplica deducible de XX.								

F. Seguro Accidentes Devolución Total

Soles ☐ Dólares ☐.

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5
Muerte Accidental	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Invalidez Total y Permanente por Accidente	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

SOLO PARA EL SEGURO ACCIDENTES DEVOLUCION TOTAL	Plazo de Contratación (Marque solo una opción)		
	XX años ☐.	XX años ☐.	XX años ☐.
Porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos (6)	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%
	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%	Del año XX al año XX: XX%

(1) Para todos los planes de seguros de accidentes familiares solo se puede asegurar a un máximo de 5 hijos, entre 1 año y 18 años.
(2) Para todos los planes de seguros de accidentes familiares, "Titular" se refiere al Asegurado Principal de la póliza.
(3) Para Accidentes Triple Cobertura, Educación Segura y Accidentes Cobertura Total en caso de Muerte por accidente en transporte público (terrestre o acuático), la suma asegurada total será dos veces la suma asegurada por Muerte accidental básica elegida.
(4) Para Accidentes Triple Cobertura, Educación Segura y Accidentes Cobertura Total en caso de Muerte por accidente en transporte Aéreo, la suma asegurada total será tres veces la suma asegurada por Muerte accidental básica elegida.
(5) Para Educación Segura, la suma asegurada será dividida y pagada en 60 rentas fijas mensuales.
(6) El Retorno de Primas al finalizar el plazo de contratación de la póliza será equivalente al **«XX»%** de las primas pagadas netas de impuestos.

7. IMPORTE, FRECUENCIA Y MODALIDAD DE PAGO DE LA PRIMA

SOLO PARA SEGURO DE VIDA INVERSIÓN, INVERSIÓN ORO, INVERSIÓN PLATINO, INVERSIÓN 65, INVERSIÓN 65 PLUS Y FONDO UNIVERSITARIO:

Indicar Moneda: US$ ☐ **S/** ☐.

Prima Comercial	Prima de Excedentes	I.G.V.	Prima Total

Prima de excedentes regular mayor o igual a $ XX.XX o S/ XX.XX mensuales, según corresponda.

Sí ☐ No ☐.

PARA TODOS LOS SEGUROS

Producto	Código SBS	Frecuencia de Pago (M,S,A)	Modalidad (CB,TC,CU)	Moneda	Prima Total
1. Seguro de Vida Inversión Platino	VI2007100113	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
2. Seguro de Vida Inversión 65 Plus	VI2007100141	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
3. Seguro de Vida Inversión	VI2007100099	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
4. Seguro de Vida Inversión Oro	VI2007100105	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
5. Seguro de Vida Inversión 65	VI2007100142	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
6. Seguro de Vida Devolución Total	VI2007100145	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
7. Vida Temporal 65	VI2007100003	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
8. Vida Temporal Oro	VI2007100002	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
9. Vida Temporal Platino	VI2007100124	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
10. Fondo Universitario	VI2007100051	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
A. Viva Seguro	AE2006100087	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
B. Accidentes Cobertura Total	AE2006100095	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
C. Educación Segura	AE2006100106	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
D. Accidentes Triple Cobertura	AE2006100086	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
E. Accidentes Reembolso	AE2006100117	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐
F. Seguro Accidentes Devolución Total	AE2006100219	☐.	☐☐.	S/☐ o US$☐.	☐☐☐☐.☐☐

Frecuencia: Mensual (**M**), Semestral (**S**) y Anual (**A**)

Modalidad: Cargo Automático de cuenta bancaria (**CB**) Cargo automático en tarjeta de crédito (**TC**) y Cupón (**CU**).

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234º y 1237º del Código Civil. De aceptar la Compañía la presente solicitud, las primas podrán pagarse en Dólares

Americanos o Nuevos Soles al tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago. El tipo de cambio venta se publica diariamente en las ventanillas de las entidades recaudadoras.

IMPORTANTE: Las primas y las sumas aseguradas de cada uno de los seguros solicitados deben estar en la misma moneda.

- Si usted ha elegido cargo automático, deberá llenar el formato adjunto de autorización de débito en cuenta bancaria o tarjeta de crédito.
- Las primas de los seguros de vida contratadas por personas naturales no incluyen el IGV. Actualmente, las pólizas de seguro de vida se encuentran inafectas del IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural que reside en el Perú.

Oportunidad de pago - Consecuencias del incumplimiento: La fecha de vencimiento de las primas pactadas será el primer día calendario de cada mes/semestre/año, según frecuencia de pago elegida. 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 de Seguro.

Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima, el contrato de seguro quedará extinguido. En caso de los seguros con componente de inversión, el incumplimiento del pago de la prima originará la reducción del plazo de contratación (prórroga) de conformidad con lo establecido en la respectiva póliza.

8. DECLARACIÓN DE SALUD E INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

Completar en caso de solicitar un seguro de vida y/o accidentes personales:

Indique: Estatura: _____(m) Peso: _____(kg)

		SÍ	NO
1)	¿Ha perdido peso en los últimos 12 meses? Razón:_____	( )	( )
2)	¿Actualmente padece usted o ha padecido de alguna enfermedad física o mental, impedimento o afectación física, secuela de accidente previo o está recibiendo tratamiento médico de algún tipo y/o se encuentra en periodo de control u observación por alguna condición médica? En caso su respuesta sea positiva, especifique: _____	( )	( )
3)	¿Ha sufrido alguna vez de presión arterial anormal, úlcera, tuberculosis, hernia, diabetes, insulino dependencia, vértigos, mareos, cáncer; o ha tenido o tiene actualmente tumores o sangrados anormales, parálisis, reumatismo, gota, cualquier trastorno o enfermedad del sistema nervioso, génito urinario; o, tiene problemas crónicos de riñón, digestivos, trastornos de la columna vertebral, corazón o pulmones, cirugía de revascularización coronaria, by pass, anemia crónica? En caso su respuesta sea positiva, especifique: _____	( )	( )

Completar en caso de solicitar un seguro de vida:

	SÍ	NO
4.- Durante los últimos 5 años:		
a.- ¿Ha consultado algún médico para ser examinado, tratado o aconsejado?	( )	( )
b.- ¿Ha sido usted examinado a través de un electrocardiograma, rayos X, análisis de sangre u otros exámenes de diagnostico?	( )	( )
c.- ¿Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio u otros establecimientos médicos?	( )	( )
d.- ¿Se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no hubiera realizado?	( )	( )
5.- Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de:		
a.- ¿Cáncer, tumores, quistes, pólipos, leucemia, anemia aplásica medular u otra enfermedad de la sangre?	( )	( )
b.- ¿Diabetes, gánglios linfáticos inflamados, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, epilepsia, derrame o infarto cerebral o enfermedad de tipo mental o nerviosa?	( )	( )
d.- ¿Enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato reproductor?	( )	( )
e.- ¿Enfermedad del hígado, de la vesícula, del páncreas o del aparato digestivo?	( )	( )
f.- ¿Asma, enfisema u otra enfermedad respiratoria? ¿COVID-19 (coronavirus), tos persistente y fiebre alta o ha tenido contacto con alguna persona que haya padecido esta enfermedad?	( )	( )
g.- ¿Defecto severo de la vista o del oído, afectación física, enfermedades o condiciones	( )	( )

	SÍ	NO
c.- ¿Ha tenido o le han informado que tiene pruebas sanguíneas positivas para anticuerpos del virus del SIDA?	( )	( )
d.- ¿Tiene usted alguno de los siguientes síntomas sin explicación: Fatiga, pérdida de peso, diarrea, gánglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones en la piel?	( )	( )
8.- ¿Consume bebidas alcoholicas con regularidad? (En caso afirmativo detalle qué y cuánto bebe a la semana) _____ _____	( )	( )
9.- ESTAS PREGUNTAS SOLO PARA MUJERES		
a. ¿Ha sido sometida a algún tratamiento en los senos u órganos reproductivos?	( )	( )
b.- ¿está usted embarazada en la actualidad? Meses: _____	( )	( )

10.- MEDICO PARTICULAR

Nombre:_____

Dirección:_____

Teléfono: _____

Fecha y razón de última consulta:_____

_____

11.- INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA DEL PROPUESTO ASEGURADO

a) ¿Hay en su familia (hasta el tercer grado de consanguineidad) antecedentes de enfermedades del corazón, derrame cerebral,

relacionadas a discos intervertebrales, tales como artritis, reumatismo, dolores en la espalda o articulaciones o cualquier padecimiento o trauma relacionado a la columna vertebral (paraplejia)?

6.a.- ¿Tiene usted la intención de buscar consejo médico, tratamiento, cirugía o hacer cualquier exámen médico? ( ) ( )

b.- ¿Tiene usted, ha tenido o ha sido tratado por alcoholismo o adicción a las drogas? ( ) ( )

c.- ¿En la actualidad está tomando algún medicamento? ( ) ( )

7.- SIDA (síndrome de inmuno deficiencia adquirida)

a.- ¿Ha recibido usted tratamiento o consejo médico en relación al sida o condiciones relacionadas con él o en relación a enfermedades de transmisión sexual? ( ) ( )

b.- ¿Le han dicho que ha tenido SIDA o el complejo relacionado con el SIDA? ( ) ( )

cáncer, enfermedades de los riñones, diabetes o hipertensión antes de los 65 años, tuberculosis, trastornos mentales o desordenes hereditarios? Sí ☐ No ☐.

b) Completar el siguiente cuadro de historia familiar:

CUADRO DE HISTORIA FAMILIAR	EDAD (si viven)	ESTADO DE SALUD / CAUSA DE FALLECIMIENTO	EDAD AL MORIR
Padre:			
Madre:			
Hermanos(as) N° Vivos _____ N° Fallecidos _____			

12. En caso alguna(s) de sus respuestas anteriores (Preguntas del 1 al 11) haya sido afirmativa, indique a continuación:

PREG. N°	ENFERMEDAD O DOLENCIA (diagnóstico, duración, grado de recuperación, operación)	FECHA	ESTADO ACTUAL	MÉDICOS / HOSPITALES (nombres y direcciones)
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

13. DECLARACIÓN DE NO FUMADOR DEL PROPUESTO ASEGURADO

a.- ¿Fuma actualmente o ha fumado en los últimos **12 meses*** (cigarrillos, pipas, etc.) o ha consumido tabaco en cuaquier forma? Sí ☐ No ☐.

Mencione la cantidad diaria aproximada: Cantidad: ☐ Tipo: ☐.

b.- ¿Tiene usted intención de empezar o volver a fumar? Sí ☐ No ☐.

DECLARACIÓN DE NO FUMADOR

El propuesto asegurado declara libre y voluntariamente que actualmente no fuma, ni ha fumado en los últimos **doce (12) meses***¨cigarrillos, pipas, puros u otros similares que contengan tabaco y que no tiene intención de empezar o volver a fumar.

El propuesto asegurado acepta expresamente que en caso la presente declaración fuese total o parcialmente falsa o inexacta, la o las pólizas de seguro para no fumadores emitidas conforme a la presente solicitud, se considerarán pólizas para fumadores. En este caso, la Compañía podrá optar entre el incremento de la prima (debiendo el Contratante regularizar el pago de la diferencia adeudada) o la reducción del capital asegurado o indemnización a la suma correspondiente a dicho tipo de póliza. Sí ☐ No ☐.

(*) Para el Seguro de Vida Inversión Platino y el Seguro de Vida Inversión 65 Plus son **24 meses**.

14. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

<u>Completar en caso de solicitar un seguro de vida y/o accidentes personales</u>:

a.- ¿Actualmente tiene usted o su cónyuge (de ser el caso) en vigencia algún seguro de vida, de accidentes, alguna solicitud pendiente, o algún anticipo o préstamo sobre póliza en vigor en esta u otra compañía?

Sí ☐. No ☐.

En caso afirmativo detallar a continuación:

Año de emisión	Compañía	Tipo de plan	Suma asegurada	Principal/Cónyuge	Préstamo

b.- ¿Cuenta con un seguro de salud? Marque según corresponda:

EPS **[ ]** Seguro Privado **[ ]** Seguro Público (Minsa/Essalud) **[ ]** No cuento con seguro de salud **[ ]**

Si su respuesta es "Sí" en cualquiera de las siguientes preguntas, complete la Sección 9 "Detalles Adicionales y/o Instrucciones Especiales".	**Sí**	**No**
c.- Indique si el plan de seguro que está solicitando servirá para reemplazar alguna póliza existente de vida, retiro, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica.	( )	( )
d.- ¿Le ha sido alguna vez rechazada, pospuesta, aceptada con cargo, modificada en modo alguno una solicitud o rehabilitación de un seguro de vida, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica contemplada en otra compañía?.	( )	( )

e.- Practica o ha realizado deportes o cultiva aficiones que puedan considerarse peligrosas tales como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia. ( ) ( )
Especifique:_____
¿Algún otro deporte o afición de alto riesgo? Especifique:
_____
Se consideran deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, a aquellas en las cuales el Asegurado esté continuamente expuesto a caídas, quemaduras, golpes, cortes, amputaciones, ahogo y/o muerte.

f.- Indique si cumple o ha cumplido funciones públicas en los 5 últimos años sea en territorio nacional o extranjero. ( ) ( )

g.- Indique si es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional. ( ) ( )

h.- ¿El solicitante viaja en aeronaves o líneas no comerciales? (Se entenderá por aeronaves o líneas no comerciales, a aquellas que no pertenezcan a una línea aérea establecida y/o que no cuente con recorridos y/o itinerarios regulares o fijos) (En caso afirmativo, llenar el cuestionario correspondiente). ( ) ( )

i.- ¿Realiza usted alguna otra actividad o tiene usted algún otro hábito que pueda afectar su vida o su salud? ( ) ( )

j.- El contratante y/o asegurado ha nacido en EEUU, tiene nacionalidad americana, tiene permiso de residencia en los EEUU, o tiene residencia fiscal en un país distinto a Perú. (Al marcar "sí" debe completar la Declaración Jurada de Residencia Fiscal para Personas Naturales) ( ) ( )

Completar en caso de solicitar un seguro de vida:

k.- ¿Consume actualmente o ha consumido en los últimos 12 meses drogas o medicinas no prescritas? ( ) ( )

l.- ¿Ha sido acusado o ha participado en actos calificados como delitos? ( ) ( )

m.- ¿Ha tenido algún trasplante de órgano? ( ) ( )

n.- ¿Ha recibido la vacuna completa contra la Covid-19? ( ) ( )
Por vacuna completa se entiende que el propuesto asegurado haya recibido con éxito las dosis completas de la vacuna, que sean necesarias para lograr la inmunidad contra la Covid-19, conforme al programa prescrito para cada tipo de vacuna.

---

15. DECLARACIÓN DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR: Completar solo para solicitudes de Accidentes Familiares.

- Con relación a la pregunta 2 de la Declaración de Salud contestada por usted. Si la respuesta fuese afirmativa para algún miembro de su familia propuesto para este seguro, debe necesariamente indicarlo a continuación.
- Con relación a la preguntas 3 de la Declaración de Salud y las preguntas 14.a hasta la 14.k contestadas por usted. Si alguna de las respuestas fuesen afirmativas para algún miembro de su familia propuesto para este seguro, debe necesariamente indicarlo en el cuadro siguiente. (No es aplicable para el caso de Accidentes Triple Cobertura).
- El Contratante y el Propuesto Asegurado declaran bajo juramento que no omiten alguna información relevante vinculada al estado de salud de los familiares propuestos para este seguro, y que la información aquí proporcionada es absolutamente veraz y que la Compañía utiliza tal información para evaluar el riesgo que se solicita asegurar.

N° de Pregunta	¿Quién?	Detalle

9. DETALLES ADICIONALES Y/O INSTRUCCIONES ESPECIALES (Completar si respondió "Sí" en cualquiera de las preguntas de la INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO)

10. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

1.- Por medio del presente documento solicito a la Compañía la emisión del(de los) seguro(s) antes indicado(s) y reconozco que no habrá contrato(s) de seguro a menos que la Compañía encuentre satisfactorias las condiciones de asegurabilidad y todos los requisitos solicitados respecto del propuesto asegurado y/o contratante, manifestando su aprobación a través de la emisión de la(s) póliza(s) de seguro respectiva(s). Asimismo declaro conocer que la Compañía no procesará solicitudes con datos, documentos o evaluaciones incompletas. Los requisitos mínimos para iniciar la evaluación de este documento son: copia del Documento de Identidad del contratante y del propuesto asegurado, voucher de pago de la prima provisional (depósito inicial) y formato modalidad de pago para débito automático. Sin perjuicio de ello, la Compañía podrá solicitar requisitos adicionales. Durante la evaluación de la presente solicitud, si el contratante es persona natural, la Compañía otorgará una cobertura provisional, cuyos límites, términos y condiciones figuran en el Certificado de cobertura provisional correspondiente. En caso la presente solicitud sea rechazada, la Compañía devolverá el monto de la prima provisional que haya sido abonado sin intereses. Declaro conocer que para cualquier consulta podré comunicarme al 513-5000 o ingresar a la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe).

2.- La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la solicitud de seguro con todos los requisitos solicitados por la Compañía, si no media rechazo previo. En caso de rechazo, la Compañía comunicará dicha decisión dentro de los 15 días siguientes de formulada la solicitud de seguro y completados todos los requisitos exigidos por la Compañía. La entrega de

la(s) póliza(s) se realizará en la dirección electrónica consignada en el presente formato y/o se pondrá a disposición del Contratante/Asegurado a través del aplicativo "Mi Espacio Pacífico" ubicado en la pagina web de la Compañía. A efectos de garantizar la autenticidad e integridad de la(s) póliza(s) en caso de envío a través de la dirección electrónica, esta(s) contará(n) con la firma electrónica del representante de la Compañía y será(n) enviada(s), con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad.

3.- Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con la evaluación de la presente solicitud, con la(s) póliza(s) de seguro solitada(s) y con la(s) póliza(s) contratada(s) anteriormente con la Compañía, de ser el caso, a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación con por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica comunicada a la Compañía.

4.- El Propuesto asegurado, se compromete a realizar las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registro de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información o documentación solicitada por la Compañía en caso de siniestro, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

5.- Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por La Compañía se encuentra disponible en la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) bajo los Código SBS indicados en la sección 7 de esta solicitud, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).

6.- Declaro conocer que ningún intermediario estará facultado para ofrecer excepciones a las condiciones establecidas por la Compañía y que el titular de la(s) póliza(s) emitida(s) en virtud de este documento será el Contratante (Solicitante). **Asimismo, declaro conocer que la Compañía no autoriza a su personal a recibir suma de dinero alguna en forma personal. En tal sentido, la Compañía no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el Contratante y/o Asegurado decida entregar al personal de la Compañía distinto al encargado de las cajas autorizadas a pesar de conocer esta prohibición.**

7.- CONFIRMO que las declaraciones y respuestas precedentes, sobre mi vida y persona, son completas, auténticas, correctamente transcritas y forman parte de la solicitud de seguro. Asimismo, confirmo que todas las declaraciones y respuestas dadas o que hayan de hacerse al médico examinador, formularios, cuestionarios y enmiendas, son completas, verídicas y obligatorias para todas las partes interesadas en la(s) póliza(s) solicitada(s). Es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad o declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable determina la nulidad del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro y, en consecuencia, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad de conformidad con las normas vigentes. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta de circunstancias relevantes que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, la Compañía informará la revisión del contrato; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el contrato de seguro.

8.- Derecho de arrepentimiento: Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la póliza o nota de cobertura provisional, el Contratante tendrá la facultad de resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima inicial que hubiese recibido sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

9.- Consentimiento (Ley 29733 - Proteccion de datos personales):

9.1 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 del 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.° 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. El detalle de nuestra Política de Privacidad se encuentra disponible en: https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad

9.2 AUTORIZACIONES PARA USOS ADICIONALES EL CLIENTE autoriza que PACÍFICO SEGUROS, de manera directa o a través de sus Encargados:

- Le oferte cualquiera de sus productos de los ramos de Riesgos Generales o de Vida.
- Le oferte cualquier otro producto o servicio de PACÍFICO SEGUROS o de sus empresas terceras.
- A transferir su Información a empresas Credicorp (incluyendo subsidiarias, vinculadas. Afiliadas) así como socios comerciales (Terceros), para que cada uno de ellos pueda ofertar sus productos o servicios.

EL CLIENTE acepta haber tenido a su disposición la lista de Terceros y Encargados que también se encuentra disponible en https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad. Dicha lista detalla los posibles usos que los Terceros darán a sus datos personales. El envío de comunicaciones o mensajes con las ofertas y/o publicidades podrá ser remitida a través de medios escritos, verbales (por ejemplo: mensajes, push notification o llamadas telefónicas) o electrónicos/informáticos (por ejemplo correo electrónico).

PACÍFICO SEGUROS y los Terceros podrán conservar y tratar LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE en los términos establecidos en esta sección, mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato. La aceptación o no de esta autorización para usos adicionales (ajenos a la ejecución de la relación contractual) no condiciona la prestación del servicio que EL CLIENTE está contratando.

☐ Sí acepto
☐ No acepto y prefiero perder la oportunidad de recibir nuevas ofertas

En _____, el ____ de _____ de _____.
(Ciudad)

_____ **Firma del Intermediario** (Consignar la firma del DNI)	_____ **Firma del Propuesto Asegurado** (Consignar la firma del DNI)	_____ **Firma del Cónyuge** (En caso de requerir productos familiares de Accidentes Personales) (Consignar la firma del DNI)	_____ **Firma del Contratante** (Si es distinto del Propuesto Asegurado, si es Persona Jurídica, incluir cargo y sello) (Consignar la firma del DNI)
_____ Aclaración de Firma	_____ Aclaración de Firma	_____ Aclaración de Firma	_____ Aclaración de Firma

Pacífico Seguros

Solicitud Múltiple

1. DATOS DEL CONTRATANTE (SOLICITANTE)

Contratante Igual al Asegurado:___ Vínculo con el Asegurado: _____ Documento de Identidad:_____

Nombres/Razón Social: _____ Giro de Empresa: _____ Ingreso anual:_____

Domicilio Contractual: Dirección física:_____

Distrito:_____ Provincia: _____ Departamento: _____

Correo electrónico:_____Teléfonos:_____

En Caso de Persona Natural:

Nacionalidad: _____ Fecha de Nac.: _____ Sexo:_____ Estado Civil:_____

Empleador/Empresa:_____ Cargo:_____ Ocupación:_____ Tipo de Labores:_____

En Caso de Persona Jurídica:

Nombre del representante legal: _____ Doc. de Identidad:_____

Administrador / Gerente: _____ Doc. de Identidad:_____

2. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Apellidos y Nombre(s): _____ Documento de Identidad: _____

Nacionalidad: _____ Fecha de Nac. _____ Sexo:_____ Estado Civil:_____

Ingreso anual:_____Empleador/Empresa:_____Tipo de Labores:_____

Domicilio Contractual: Dirección física:_____

Distrito:_____ Provincia: _____ Departamento: _____

Correo electrónico:_____Teléfonos: _____

3. TIPO DE SEGURO SOLICITADO/BENEFICIARIOS

CESIÓN DEL DERECHO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Contratante cede en forma expresa incondicional y de manera irrevocable a favor del Propuesto Asegurado, el derecho a nombrar al beneficiario o los beneficiarios del contrato de seguro de ser aprobada esta solicitud. De esta manera, el Propuesto Asegurado podrá modificar la designación de los beneficiarios, detallados a continuación, las veces que lo considere necesario. ___

Necesidad estimada de Cobertura de vida según ADN: _____ **Tipo de Riesgo(*):**_____

(*) El tipo de riesgo estándar hace referencia al riesgo que presenta una persona según las estimaciones técnicas realizadas por la Compañía. El tipo de riesgo preferente constituye un descuento que se aplica sobre el costo de la cobertura en caso el propuesto Asegurado tenga la condición de no fumador y cuente con la vacuna completa contra la Covid-19 **a la fecha de suscripción de la presente solicitud**.

Producto de Vida: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (XXXXXXXXXXXX)

Coberturas:	**Suma Asegurada**	**Detalle de prima:**		
…….	____	Prima Comercial	____	**Frecuencia:** __
…….	____			**Modalidad de Pago:** __
…….	____	Prima de Excedentes	____	**Tipo de Suma asegurada:** __
…….	____			**Tipo Fondo C. Individual** __
…….	____	IGV	____	**Tipo Fondo C. Excedentes** __
…….	____			**Plazo de Contratación:** __
…….	____	**Prima Total**	____	

SOLO PARA SEGURO DE VIDA DEVOLUCIÓN TOTAL

Al finalizar el plazo de contratación de la póliza se devolverá el ____

Porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos en caso de terminación anticipada de la póliza: ___

Beneficiarios: (P:Principal – C:Contigente / F:Femenino – M:Masculino)

Tipo	Apellidos, Nombres	Parentesco /Vínculo	Sexo	Fecha de Nacimiento	Documento Identidad	%
____	_____	_____	____	_____	_____	____
____	_____	_____	____	_____	_____	____
____	_____	_____	____	_____	_____	____
____	_____	_____	____	_____	_____	____
____	_____	_____	____	_____	_____	____

Fondo Universitario **(XXXXXXXXXXXX)**

Monto del Fondo: ___ **Coberturas:**	**Detalle de prima:** Prima Comercial ____ Prima de Excedentes ____ IGV ____ **Prima Total** ____	**Frecuencia:** __ **Modalidad de Pago:** __ **Plazo de Contratación:** __ **Nro. Cuotas Anuales:** __

Beneficiario/Apoderado: (F:Femenino – M:Masculino)

	Apellidos, Nombres	Parentesco /Vínculo	Sexo	Fecha de Nacimiento	Documento Identidad	%
Beneficiario(1)	_____	_____	____	_____	_____	____
Apoderado(2)	_____	_____	____	_____	_____	____

El Propuesto Asegurado solicita la opción de cobrar directamente las cuotas del beneficio (sin importar la edad del beneficiario). ___

(1)El Beneficiario recibirá las cuotas del beneficio **en caso sea mayor de edad**, salvo que el Propuesto Asegurado haya optado por recibir directamente el beneficio.

(2)En caso el Asegurado falleciera y el beneficiario sea menor de edad.

Producto de Accidentes Personales: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX **(XXXXXXXXXXXX)**

Coberturas del Asegurado Titular(*):	**Suma Asegurada**	**Detalle de prima:**		
…….	____	Prima Comercial	____	**Frecuencia:** __ **Plazo de Contratación:** __ **Lima o Provincia:** __ **Modalidad de Pago** __ **Tipo de Plan** __
…….	____			
…….	____			
…….	____	IGV	____	
…….	____	**Prima Total**	____	

- Para Accidentes Triple Cobertura, Educación Segura, Accidentes Cobertura Total en caso de Muerte por Accidente en Transporte Público (terrestre o acuático), la suma asegurada total será dos veces la suma asegurada por Muerte Accidental Básica elegida.
- Para Accidentes Triple Cobertura, Educación Segura, Accidentes Cobertura Total en caso de Muerte por Accidente en Transporte aéreo, la suma asegurada total será tres veces suma asegurada por Muerte Accidental Básica elegida.
- En caso se escoja un plan familiar, las coberturas del cónyuge serán las mismas coberturas aplicables para el Asegurado Titular y tendrán una suma asegurada equivalente al XX% de las sumas aseguradas aplicables al Asegurado titular.
- Para los productos Viva Seguro y Accidentes Tiple Cobertura, en caso de escoger un plan familiar que incluya hijos, cada hijo tendrá únicamente la cobertura de muerte accidental con una suma asegurada de US$ X,XXX.XX.
- Para Educación Segura, la suma asegurada será dividida y pagada en XX rentas fijas mensuales.

SOLO PARA SEGURO DE ACCIDENTES DEVOLUCIÓN TOTAL

Al finalizar el plazo de contratación de la póliza se devolverá el ____

Porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos en caso de terminación anticipada de la póliza: ____

Beneficiarios: (P:Principal – C:Contigente / F:Femenino – M:Masculino)

Tipo	Apellidos, Nombres	Parentesco /Vínculo	Sexo	Fecha de Nacimiento	Documento Identidad	%
____	_____	_____	____	_____	_____	____
____	_____	_____	____	_____	_____	____
____	_____	_____	____	_____	_____	____
____	_____	_____	____	_____	_____	____
____	_____	_____	____	_____	_____	____

Para asegurados por planes familiares: (F:Femenino – M:Masculino)

	Apellidos y Nombres	Fecha Nacimiento	Sexo	Ocupación	Doc. de Identidad
Cónyuge:	_____	_____	_____	_____	_____
Hijo(a):	_____	_____	_____	_____	_____
Hijo(a):	_____	_____	_____	_____	_____

Hijo(a): _____ _____ _____ _____ _____
Hijo(a): _____ _____ _____ _____ _____
Hijo(a): _____ _____ _____ _____ _____

4. DECLARACIÓN DE SALUD Y OCUPACIÓN

CUESTIONARIO PARA SEGUROS DE VIDA y/o PARA SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

Profesión: _____
Giro de Empresa: _____
Ocupación: _____
Cargo: _____

¿Cuál es su peso y talla?
1. Estatura (cm) _____
2. Peso (kg) _____
3. ¿Ha perdido peso en los últimos 12 meses?

Datos Laborales
1. ¿Viaja al extranjero por su ocupación?
2. ¿Qué tipo de labores realiza en su ocupación principal?
3. ¿Cumple o ha cumplido funciones públicas en los 5 últimos años sea en territorio nacional o extranjero?
4. ¿Es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional?

Estilo de Vida
1. ¿Consume bebidas alcohólicas?
2. ¿Consume o ha consumido algún tipo de droga?
3. ¿Tiene usted o ha tenido adicción al alcohol o a las drogas? y/o ¿ha sido o es tratado por ello?
4. ¿Fuma actualmente o ha fumado en los últimos 12 meses* (cigarros, pipas, etc.) o ha consumido tabaco en cualquiera de sus formas?
(*) Para el Seguro de Vida Inversión Platino y el Seguro de Vida Inversión 65 Plus son 24 meses
5. ¿Practica o ha realizado deportes o cultiva aficiones que puedan considerarse peligrosas tales como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia o algún otro deporte o afición de alto riesgo?
6. ¿Viaja en aeronaves o líneas no comerciales?
7. ¿Ha sido acusado o ha participado en actos calificados como delitos?

Durante los últimos 5 años:
1. ¿Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio u otros establecimientos médicos?
2. ¿Se le ha aconsejado algún examen médico, tratamiento, hospitalización u operación que no hubiera realizado?

Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de:
1. ¿Cáncer, tumores, quistes, pólipos, leucemia, linfoma, anemia aplásica medular, anemia crónica u otra enfermedad de la sangre?
2. ¿Diabetes, insulino dependencia, ganglios linfáticos inflamados, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, epilepsia, esclerosis múltiple o enfermedad (o trastorno) de tipo mental o del sistema nervioso?
3. ¿Derrame, embolia o infarto cerebral, cirugía de revascularización coronaria, bypass, Infarto al miocardio, dolor en el pecho, presión arterial anormal (como hipertensión), soplo cardiaco u otra enfermedad cardiaca o circulatoria?
4. ¿Insuficiencia renal, enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato reproductor (como génito urinario)?
5. ¿Enfermedad del hígado, de la vesícula, del páncreas o del aparato digestivo (como úlcera)?
6. ¿Asma, enfisema, tuberculosis u otra enfermedad respiratoria? O ¿Covid-19 (coronavirus), tos persistente y temperatura elevadada o ha tenido contacto con alguna persona sospechosa o confirmada de esta enfermedad?
7. ¿Defecto severo de la vista o del oído, afectación física, enfermedades o condiciones relacionadas a discos intervertebrales, tales como artritis (como gota), reumatismo, dolores en la espalda o articulaciones o cualquier padecimiento o trauma relacionado a la columna vertebral (como paraplejia, hernia)?

Información Médica Adicional
1. Además de lo antes mencionado, ¿Actualmente padece usted o ha padecido de alguna enfermedad física o mental, impedimento o afectación física, secuela de accidente previo o está recibiendo tratamiento médico de algún tipo y/o se encuentra en periodo de control u observación por alguna condición médica? O ¿tiene usted alguno de los siguientes síntomas sin explicación: Fatiga, vértigo, mareos, sangrados anormales, diarrea o extrañas lesiones en la piel?
2. ¿Tiene usted la intención de buscar consejo médico, tratamiento, cirugía o hacer cualquier examen médico en un plazo cercano?
3. ¿En la actualidad está tomando algún medicamento?
4. ¿Le han diagnosticado infección por VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual?
5. ¿Ha sido sometida a algún tratamiento en los senos u órganos reproductivos?
6. ¿Está usted embarazada en la actualidad?
7. ¿Hay en su familia (Abuelos, padres, hermanos o hijos) antecedentes de enfermedades del corazón, derrame cerebral, cáncer, enfermedades de los riñones, diabetes o hipertensión antes de los 65 años, tuberculosis, trastornos mentales o desordenes hereditarios?
8. ¿Ha recibido la vacuna completa contra la Covid-19? Por vacuna completa se entiende que el propuesto asegurado haya recibido con éxito las dosis completas de la vacuna que sean necesarias para lograr la inmunidad contra la Covid-19, conforme al programa prescrito para cada tipo de vacuna.
9. ¿Cuenta con un seguro de salud? Marque según corresponda:

[ ] EPS
[ ] Seguro Público (Minsa/Essalud)
[ ] Seguro Privado
[ ] No tengo seguro

CUESTIONARIO PARA SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES

Profesión: _____
Giro de Empresa: _____
Ocupación: _____
Cargo: _____

¿Cuál es su peso y talla?
Estatura (cm) _____
Peso (kg) _____

Datos Laborales
1. ¿Viaja al extranjero por su ocupación?
2. ¿Qué tipo de labores realiza en su ocupación principal?
3. ¿Cumple o ha cumplido funciones públicas en los 5 últimos años sea en territorio nacional o extranjero?
4. ¿Es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional?

Estilo de Vida
1. ¿Practica o ha realizado deportes o cultiva aficiones que puedan considerarse peligrosas tales como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia o algún otro deporte o afición de alto riesgo?
2. ¿Viaja en aeronaves o líneas no comerciales?

Información Médica Adicional
1. ¿Actualmente padece usted o ha padecido de alguna enfermedad física o mental, impedimento o afectación física secuela de accidente previo o está recibiendo tratamiento médico de algún tipo y/o se encuentra en periodo de control u observación por alguna condición médica?

5. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

1. ¿Actualmente tiene usted o su cónyuge (de ser el caso) en vigencia algún seguro de vida, de accidentes, alguna solicitud pendiente, o algún anticipo o préstamo sobre póliza en vigor en esta u otra compañía? ___

En caso afirmativo detallar a continuación:

Año de emisión	Compañía	Tipo de Plan	Suma Asegurada	Principal/Cónyuge	Préstamo

Si la respuesta es "Sí" en cualquiera de las siguientes preguntas, se completará la Sección 6 "Detalles Adicionales y/o Instrucciones Especiales".

2.- ¿Le ha sido alguna vez rechazada, pospuesta, aceptada con cargo, modificada en modo alguno una solicitud o rehabilitación de un seguro de vida, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica contemplada en otra compañía? ___
3.- ¿El plan de seguros que está solicitando servirá para reemplazar alguna póliza existente de vida, retiro, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica? ___
4.- ¿El contratante/asegurado ha nacido en EEUU, tiene nacionalidad americana, tiene permiso de residencia en los EEUU, o tiene residencia fiscal en un país distinto a Perú.(Al marcar "sí" debe completar la Declaración Jurada de Residencia Fiscal para Personas Naturales)? ___
5.- ¿Ha recibido la vacuna completa contra la Covid-19? Por vacuna completa se entiende que el propuesto asegurado haya recibido

6. DETALLES ADICIONALES Y/O INSTRUCCIONES ESPECIALES

7. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

1.- Evaluación y Requisitos del Seguro:
Por medio del presente documento solicito a la Compañía la emisión del(de los) seguro(s) antes indicado(s) y reconozco que no habrá contrato(s) de seguro a menos que la Compañía encuentre satisfactorias las condiciones de asegurabilidad y todos los requisitos solicitados respecto del propuesto asegurado y/o contratante, manifestando su aprobación a través de la emisión de la(s) póliza(s) de seguro respectiva(s). Asimismo, declaro conocer que la Compañía no procesará solicitudes con datos, documentos o evaluaciones incompletas. Los requisitos mínimos para iniciar la evaluación de este documento son: copia del Documento de Identidad del contratante y del propuesto asegurado, voucher de pago de la prima provisional (depósito inicial) y formato modalidad de pago para débito automático. Sin perjuicio de ello, la Compañía podrá solicitar requisitos adicionales. Durante la evaluación de la presente solicitud, si el contratante es

persona natural, la Compañía otorgará una cobertura provisional, cuyos límites, términos y condiciones figuran en el Certificado de cobertura provisional correspondiente. En caso la presente solicitud sea rechazada, la Compañía devolverá el monto de la prima provisional que haya sido abonado sin intereses. Declaro conocer que para cualquier consulta podré ingresar a la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) o comunicarme al 513-5000.

2.- Entrega de la Póliza:

La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la solicitud de seguro con todos los requisitos solicitados por la Compañía, si no media rechazo previo. En caso de rechazo, la Compañía comunicará dicha decisión dentro de los 15 días siguientes de formulada la solicitud de seguro y completados todos los requisitos exigidos por la Compañía. La entrega de la(s) póliza(s) se realizará en la dirección electrónica consignada en el presente formato y/o se pondrá a disposición del Contratante/Asegurado a través del aplicativo "Mi Espacio Pacífico" ubicado en la pagina web de la Compañía. A efectos de garantizar la autenticidad e integridad de la(s) póliza(s) en caso de envío a través de la dirección electrónica, esta(s) contará(n) con la firma electrónica del representante de la Compañía y será(n) enviada(s), con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad.

3.- Políticas de comunicaciones y domicilio contractual:

Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con la evaluación de la presente solicitud, con la(s) póliza(s) de seguro solicitada(s) y con la(s) póliza(s) contratada(s) anteriormente con la Compañía, de ser el caso, a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación con por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica comunicada a la Compañía.

4.- Información de la Prima

La fecha de vencimiento de las primas pactadas será el primer día calendario de cada mes/semestre/año, según frecuencia de pago elegida. 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 de Seguro.

Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima, el contrato de seguro quedará extinguido. En caso de los seguros con componente de inversión, el incumplimiento del pago de la prima originará la reducción del plazo de contratación (prórroga) de conformidad con lo establecido en la respectiva póliza.

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234º y 1237º del Código Civil. De aceptar la Compañía la presente solicitud, las primas podrán pagarse en Dólares Americanos o Nuevos Soles al tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago. El tipo de cambio venta se publica diariamente en las ventanillas de las entidades recaudadoras.

IMPORTANTE: Las primas y las sumas aseguradas de cada uno de los seguros solicitados deben estar en la misma moneda.

Las primas de los seguros de vida contratadas por personas naturales no incluyen el IGV. Actualmente, las pólizas de seguro de vida se encuentran inafectas del IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural que reside en el Perú.

5.- Declaración de Cálculo de Proyección:

Para los Seguros de Vida Inversión, Vida Inversión Oro, Vida Inversión Platino, Vida Inversión 65, Vida Inversión 65 plus o Fondo Universitario, declaro haber recibido por parte del intermediario que figura en la presente solicitud el documento "Cálculo de Proyección" respecto del producto solicitado, cuyas características me han sido explicadas en su totalidad. Asimismo, declaro conocer que, salvo para el Fondo Garantizado, los rendimientos de la Cuenta Individual y Cuenta de Excedentes varían en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que respaldan los portafolios elegidos por el Contratante. Asimismo, declaro conocer que, salvo para el Fondo Garantizado, Pacífico Seguros (en adelante la Compañía) no ofrece garantía alguna de rentabilidad ni de capital, consecuentemente los rendimientos acreditados en las cuentas para fondos distintos al Fondo Garantizado podrán ser positivos o negativos, dependiendo del resultado de las inversiones de los portafolios elegidos.

6.- Información Médica:

El Propuesto asegurado, se compromete a realizar las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registro de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información o documentación solicitada por la Compañía en caso de siniestro, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

7.- Información de Condiciones del Seguro:

7.1. Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por La Compañía se encuentra disponible en la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) bajo los Código SBS indicados en la **sección 3** de esta solicitud, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).

7.2. Declaro conocer que ningún intermediario estará facultado para ofrecer excepciones a las condiciones establecidas por la Compañía y que el titular de la(s) póliza(s) emitida(s) en virtud de este documento será el Contratante (Solicitante). **Asimismo, declaro conocer que la Compañía no autoriza a su personal a recibir suma de dinero alguna en forma personal. En tal sentido, la Compañía no**

asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el Contratante y/o Asegurado decida entregar al personal de la Compañía distinto al encargado de las cajas autorizadas a pesar de conocer esta prohibición.

8.- Información Declarada:

CONFIRMO que las declaraciones y respuestas precedentes, sobre mi vida y persona, son completas, auténticas, correctamente transcritas y forman parte de la solicitud de seguro. Asimismo, confirmo que todas las declaraciones y respuestas dadas o que hayan de hacerse al médico examinador, formularios, cuestionarios y enmiendas, son completas, verídicas y obligatorias para todas las partes interesadas en la(s) póliza(s) solicitada(s). Es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad o declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable determina la nulidad del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro y, en consecuencia, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad de conformidad con las normas vigentes. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta de circunstancias relevantes que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, la Compañía informará la revisión del contrato; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el contrato de seguro. Por otro lado, si las respuestas expresadas, sobre los temas de No Fumador, sean total o parcialmente falsa o inexacta, se considerarán pólizas para fumadores. En este caso, la Compañía podrá optar entre el incremento de la prima (debiendo el Contratante regularizar el pago de la diferencia adeudada) o la reducción del capital asegurado o indemnización a la suma correspondiente a dicho tipo de póliza.

9.- Derecho de arrepentimiento:

Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la póliza o nota de cobertura provisional, el Contratante tendrá la facultad de resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima inicial que hubiese recibido sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

10.-Proteccion 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 del 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.° 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

AUTORIZACIONES PARA USOS ADICIONALES

EL CLIENTE autoriza que PACÍFICO SEGUROS, de manera directa o a través de sus Encargados:

- Le oferte cualquiera de nuestros productos de los ramos de Riesgos Generales o de Vida.
- Le oferte cualquier otro producto o servicio de PACÍFICO SEGUROS o de sus empresas terceras.
- A transferir su Información a empresas Credicorp (incluyendo subsidiarias, vinculadas y afiliadas) así como socios comerciales (Terceros), para que cada uno de ellos pueda ofertar sus productos o servicios.

EL CLIENTE acepta haber tenido a su disposición la lista de Terceros y Encargados que también se encuentra disponible en https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad. Dicha lista detalla los posibles usos que los Terceros darán a sus datos personales. El envío de comunicaciones o mensajes con las ofertas y/o publicidades podrá ser remitida a través de medios escritos, verbales (por ejemplo: mensajes, push notification o llamadas telefónicas) o electrónicos/informáticos (por ejemplo correo electrónico). PACÍFICO SEGUROS y los Terceros podrán conservar y tratar LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE en los términos establecidos en esta sección, mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato.
La aceptación o no de esta autorización para usos adicionales (ajenos a la ejecución de la relación contractual) no condiciona la prestación del servicio que EL CLIENTE está contratando.

☐ Sí acepto
☐ No acepto y prefiero perder la oportunidad de recibir nuevas ofertas

Este documento ha sido generado el XX/XX/XXXX y firmado electrónicamente por el Contratante y por el Asegurado (en caso sea distinto al Contratante).
La(s) firma(s) electrónica(s) ha(n) sido certificada(s) por Evicertia.

Nombre del Intermediario:_____ Código del Intermediario:_____ Agencia:_____

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

SEGURO DE VIDA INVERSIÓN ORO

SOLICITUD DE PÓLIZA Nº:	***«XXXXXXXXXX»***
PÓLIZA N°:	***«XXXXXXXXXX»***
CODIGO SBS:	***VI2007100105, producto adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.***
COMPAÑÍA ASEGURADORA:	***PACIFICO SEGUROS***
CONTRATANTE:	***«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»***
ASEGURADO:	***«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»***

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
Seguro de Vida Inversión Oro

CONDICIONES PARTICULARES

1. DATOS DE LA PÓLIZA

N° DE SOLICITUD:	*«XXXXXXXXXXX»*	
N° DE PÓLIZA:	*«XXXXXXXXXXX»*	
FECHA DE EMISIÓN (IMPRESIÓN DE LA PÓLIZA):	*«dd/mm/aaaa»*	
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA:	*«dd/mm/aaaa»*	*00:00 Horas*
FECHA DE FIN DE VIGENCIA:	*«dd/mm/aaaa»*	*23:59 Horas*
MONEDA DEL CONTRATO:	*«XXXXXXXXXXX»*	

2. CONTRATANTE

NOMBRE COMPLETO:		*«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»*
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		*«XXXXXXXXXXX»*
N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		*«XXXXXXXXXXX»*
DOMICILIO	***DIRECCIÓN FÍSICA:***	*«**Dirección de correspondencia de la póliza**»*
	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:	*«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»*

Se deja expresa constancia que el Contratante autoriza a Pacífico Seguros a notificarle cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá su domicilio contractual, comprometiéndose a informar por escrito cualquier variación con, por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las notificaciones enviadas a la dirección electrónica antes consignada o registrada posteriormente ante la Compañía.

3. ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO:		*«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»*
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		*«XXXXXXXXXXX»*
N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		*«XXXXXXXXXXX»*
FECHA DE NACIMIENTO:		*«dd/mm/aaaa»*
EDAD AL INICIO DEL CONTRATO:		*«XX» años*
DOMICILIO	***DIRECCIÓN FÍSICA:***	*«**Dirección particular del Asegurado**»*
	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:	*«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»*

La "Edad Máxima de Ingreso" establecida para el Asegurado es de «XX» años.

4. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO:

4.1 BENEFICIARIOS PRINCIPALES:

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%	FORMA DE PAGO
«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»	«XXXXXXXXXXXXX»	«XX.XX»%	«XXXXXXXXXXXXX»
«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»	«XXXXXXXXXXXXX»	«XX.XX»%	«XXXXXXXXXXXXX»
«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»	«XXXXXXXXXXXXX»	«XX.XX»%	«XXXXXXXXXXXXX»
«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»	«XXXXXXXXXXXXX»	«XX.XX»%	«XXXXXXXXXXXXX»
«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»	«XXXXXXXXXXXXX»	«XX.XX»%	«XXXXXXXXXXXXX»

4.2 BENEFICIARIOS CONTINGENTES:

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%	FORMA DE PAGO
«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»	«XXXXXXXXXXXXX»	«XX.XX»%	«XXXXXXXXXXXXX»
«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»	«XXXXXXXXXXXXX»	«XX.XX»%	«XXXXXXXXXXXXX»
«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»	«XXXXXXXXXXXXX»	«XX.XX»%	«XXXXXXXXXXXXX»
«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»	«XXXXXXXXXXXXX»	«XX.XX»%	«XXXXXXXXXXXXX»
«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»	«XXXXXXXXXXXXX»	«XX.XX»%	«XXXXXXXXXXXXX»

5. COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA

COBERTURABÁSICA	SUMA ASEGURADA	INICIO DE VIGENCIA	FECHA DE FIN DE CARENCIA	FIN DE VIGENCIA
Vida Principal	«XXXXX.XX»	«dd/mm/aaaa»	No aplica	«dd/mm/aaaa»
COBERTURAS ADICIONALES				
Beneficio por Muerte Accidental	«XXXXX.XX»	«dd/mm/aaaa»	No aplica	«dd/mm/aaaa»
Invalidez Accidental y Desmembramiento	«XXXXX.XX»	«dd/mm/aaaa»	No aplica	«dd/mm/aaaa»
Exoneración de la Deducción Mensual	(*)	«dd/mm/aaaa»	No aplica	«dd/mm/aaaa»
Beneficio de Enfermedades Graves	«XXXXX.XX»	«dd/mm/aaaa»	«dd/mm/aaaa»	«dd/mm/aaaa»
Invalidez Total y Permanente (**)	«XXXXX.XX»	«dd/mm/aaaa»	«dd/mm/aaaa»	«dd/mm/aaaa»
Vida Temporal 55	«XXXXX.XX»	«dd/mm/aaaa»	No aplica	«dd/mm/aaaa»
Vida Temporal 65	«XXXXX.XX»	«dd/mm/aaaa»	No aplica	«dd/mm/aaaa»

(*) El beneficio Exoneración de la Deducción Mensual, procede en caso de invalidez total y permanente del Asegurado en los términos y condiciones establecidos en la respectiva Cláusula Adicional.

(**) La cobertura de Invalidez Total y Permanente cuenta con un periodo de carencia en caso la invalidez sea consecuencia de una enfermedad, cuyo fin se indica en el cuadro precedente. En caso de invalidez por accidente, no se aplica el periodo de carencia.

6. ACERCA DEL CAPITAL ASEGURADO

MONTO DEL CAPITAL ASEGURADO MÍNIMO ACEPTADO: *«Moneda»«XXXXX.XX»*
MONTO DEL CAPITAL ADICIONAL MÍNIMO ACEPTADO: *«Moneda»«XXXXX.XX»*
OPCIÓN DEL IMPORTE DEL BENEFICIO: *«XXXXXXXXXXXXX»*

7. ACERCA DE LOS FONDOS DE INVERSIÓN Y LOS RENDIMIENTOS

FONDO DE INVERSIÓN DE LA CUENTA INDIVIDUAL (1) y (2):	*«XXXXXXXXXXX» («Perfil elegido»)*	
FONDO DE INVERSIÓN DE LA CUENTA EXCEDENTES (1) y (2):	*«XXXXXXXXXXX» («Perfil elegido»)*	
MÁXIMO NÚMERO DE CAMBIOS DE CADA FONDO EN UN AÑO POLIZA (3):		*«X» veces*
CARGO POR CAMBIO DE FONDO (4):	*CARGO PORCENTUAL:*	*«XX»%*
	MONTO MÍNIMO:	*«Moneda»«XXXX.XX»*

(1) Los rendimientos de los fondos distintos a los Fondos Garantizados varían en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que respaldan los fondos de inversión elegidos por el Contratante, no ofreciéndose garantía alguna de rentabilidad ni de capital. Consecuentemente los rendimientos acreditados en las cuentas podrán ser positivos o negativos, dependiendo del resultado de las inversiones de los fondos de inversión elegidos. Los fondos distintos a los Fondos Garantizados cuentan con acreditación diaria.

(2) Para el Fondo «XXXXX», la Tasa Interna de Retorno (TIR) anual garantizada y «fija/mínima» es de «XX.XX»% y cuenta con acreditación «mensual/diaria».

(3) Únicamente se podrán realizar cambios de fondos entre los fondos que se encuentren disponibles en la misma moneda.

(4) El cargo porcentual aplica sobre el saldo de la cuenta a ser cambiada. El monto mínimo aplica por cada solicitud de cambio de fondo de inversión, pudiendo ésta comprender el cambio del fondo de inversión de la cuenta individual y de la cuenta de excedentes a la vez, prorrateando dicho monto mínimo en base al saldo de cada cuenta.

8. ACERCA DEL RETIRO PARCIAL Y RESCATE

CARGO POR RETIRO PARCIAL:	*«XX»% (Durante los «XX» primeros meses de vigencia de la póliza)*
MONTO MÍNIMO DE RETIRO PARCIAL	*«Moneda»«XXXXX.XX»*
MONTO MÁXIMO DE RETIRO PARCIAL:	*«Moneda»«XXXXX.XX»*
NÚMERO MÁXIMO DE RETIROS POR AÑO PÓLIZA:	*«XX»*

El impuesto a la renta (de cargo del Contratante) grava la diferencia entre el valor actualizado de las primas pagadas y los beneficios pagados por la Compañía al Contratante de la póliza, estando con vida el Asegurado. Esta ganancia, al igual que la proveniente de los intereses bancarios, está exonerada del Impuesto a la Renta. Esta exoneración se viene prorrogando sucesivamente y actualmente está vigente hasta el 31 de diciembre de 2023 (artículo 19, inciso (f) del Texto Único Ordenado de la Ley del Impuesto a la Renta, aprobado por Decreto Supremo N° 179-2004-EF y modificado por Ley N° 31106). Si no se prorroga la exoneración después de esa fecha, la Compañía retendrá el Impuesto a la Renta que corresponda.

9. PRIMA – CONVENIO DE PAGO

PRIMA COMERCIAL (1)	*«Moneda»*	*«XX.XX»*
PRIMA DE EXCEDENTES (2)	*«Moneda»*	*«XX.XX»*
I.G.V. (3)	*«Moneda»*	*«XX.XX»*

PRIMA TOTAL	***«Moneda»***	***«XX.XX»***

(1) *La prima comercial incluye la comisión (o cargos de agenciamiento por intermediación o comercialización) indicada en el acápite 12 de las presentes Condiciones Particulares.*
(2) *El pago de la Prima de Excedentes es opcional.*
(3) *Las pólizas de seguro de vida emitidas por compañías de seguro legalmente constituidas en el Perú, están inafectas de IGV siempre que el comprobante de pago sea expedido a personas naturales residentes en el Perú.*

El detalle de la Prima Comercial (sin IGV), en caso de haberse contratado coberturas adicionales, es el siguiente:

	PRIMA POR COBERTURA *(En «Moneda»)*	***RECARGOS DE PRIMA*** *(En «Moneda»)*	***SUB-TOTAL POR COBERTURA*** *(En «Moneda»)*
Vida Principal	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*
Beneficio por Muerte Accidental	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*
Invalidez Accidental y Desmembramiento	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*
Exoneración de la Deducción Mensual	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*
Beneficio de Enfermedades Graves	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*
Invalidez Total y Permanente	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*
Vida Temporal 55	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*
Vida Temporal 65	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*	*«XX.XX»*
	PRIMA COMERCIAL(*)		***«XX.XX»***

(*) *La Prima Comercial incluye el concepto de "Factor de Gestión", el cual es equivalente al «XX»% de la prima comercial.*

FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA: «XXXXXXXXXXXXXXXX»(*)
FORMA DE PAGO DE PRIMA: «XXXXXXXXXXXXXXXX»
LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA: «XXXXXXXXXXXXXXXX»
PRIMA MÍNIMA POR PERIODO (SIN CONSIDERAR PRIMA EXCEDENTE): «Moneda»«XX.XX»
MÁXIMO CARGO MENSUAL OPERATIVO: «Moneda»«XX.XX»

(*) *La TCEA para este producto es: para una frecuencia mensual X.XX%; para una frecuencia semestral X.XX%; y, para una frecuencia anual 0.00%*

La primera cuota del seguro vence en la fecha de inicio de vigencia indicada en el acápite 1 de las presente Condiciones Particulares. El pago de las primas siguientes vence el mismo día de la fecha de inicio de vigencia indicada en el acápite 1 de las presentes Condiciones Particulares correspondiente a cada mes de cobertura o al primer mes de cada semestre o año, según corresponda a la frecuencia de pago elegida por el Contratante.

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extrajera de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234° y 1237º del Código Civil y según se indique en el acápite 1 de las presentes Condiciones Particulares. En caso de haberse contratado en moneda extrajera y el Contratante opte por pagar la prima en Nuevos Soles, deberá utilizar el tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago.

La Compañía no aceptará como válidos los pagos efectuados a funcionarios, empleados, asesores y/o consultores de la Compañía o a personal distinto al encargado de las cajas autorizadas, cualquiera sea la modalidad de pago elegida.

PACIFICO SEGUROS NO AUTORIZA A SU PERSONAL A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO EN FORMA PERSONAL. En tal sentido, Pacífico Seguros no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el cliente decida entregar a personal distinto al encargado de las cajas autorizadas a pesar de conocer esta prohibición.

La presente póliza no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares; salvo por aquellos expresamente indicados en el Cuadro de Coberturas del acápite 5 de las presentes Condiciones Particulares.

10. ACERCA DE LA PRIMA DE EXCEDENTES

PRIMA EXCEDENTE MÁXIMA POR PERIODO (PAGO REGULAR):	*«Moneda»«XXXXX.XX»*
PRIMA EXCEDENTE MÍNIMA (PAGO NO REGULAR):	*«Moneda»«XXXXX.XX»*
PRIMA EXCEDENTE MÁXIMA (PAGO NO REGULAR:)	*«Moneda»«XXXXX.XX»*
MÁXIMO NÚMERO DE DEPÓSITOS DE PRIMA EXCEDENTE POR AÑO PÓLIZA (PAGO NO REGULAR):	*«XX» veces*

11. DECLARACIONES

La presente póliza, la solicitud, los endosos y las cláusulas adicionales que se anexan a ella forman parte integrante de este contrato. Toda declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable de circunstancias relevantes conocidas por el Contratante y/o por el Asegurado, determina la nulidad del contrato y, en consecuencia, toda obligación de Pacífico Seguros, de acuerdo al artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro.

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.

12. INTERMEDIACIÓN / COMERCIALIZACIÓN

NOMBRE: *«XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX»* *REGISTRO* *«XXXXXXXXX»*
TELÉFONO: *«XXXXXXXXX»*
COMISIÓN: *«XXXXXXXXX »*

La comisión del promotor o intermediario está incluida en la prima comercial y se calcula sin considerar el factor de gestión. Aplican bonificaciones, premios u otros beneficios adicionales según acuerdo entre el promotor o intermediario y la Compañía, los cuales dependerán de los siguientes parámetros: volumen de ventas y/o metas alcanzadas durante determinado periodo.

«Funcionario»	*«Funcionario»*

Póliza de Seguro emitida por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., con R.U.C. N° 20332970411; con dirección física en la Av. Juan de Arona 830, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima; y, con dirección electrónica en www.pacifico.com.pe.

TABLA A – TARIFAS MENSUALES MÁXIMAS POR 1000 DE CAPITAL

Para el cálculo del Costo mensual de la Cobertura según lo indicado en las Condiciones Generales.
NOTA: *Los valores de la prima comercial y de la prima total indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza son independientes de las tarifas consideradas en esta tabla.*

Vigencia	***Edad***	***Vida Principal***
1		
2		
3		
4		
5		
.		
.		
.		
.		

TABLA B – GASTOS VARIABLES Y CARGOS POR RESCATE

Estos valores se utilizan para el cálculo de la Cuenta Individual y la Cuenta de Excedentes según lo indicado en las Condiciones Generales.

Año Póliza de Vigencia	***Edad***	***Gasto Variable sobre Prima Comercial %***	***Cargo por Rescate (En «Moneda»)***
1			
2			
3			
4			
5			
6			
.			
.			
.			

Pacífico Seguros **Seguro de Vida Inversión Oro**

Preparado para:	«XXXXXXXXXXXXXXXX»		
Póliza N°	«XXXXXXXXXXXXXXXX»		
Edad / Tipo de Riesgo:	«XXXXXXXXXXXXXXXX»	Opción de Importe del Beneficio:	«XXXXXXXXXXXXXXXX»
Frecuencia de Pago:	«XXXXXXXXXXXXXXXX»	Fecha de Cotización:	«XXXXXXXXXXXXXXXX»
Suma Asegurada:	«XXXXXXXXXXXXXXXX»	Fecha de Vigencia:	«XXXXXXXXXXXXXXXX»
Categoría del Fondo de Inversión C.I.	«XXXXXXXXXXXXXXXX»	Categoría del Fondo de Inversión C.E.	«XXXXXXXXXXXXXXXX»
Fondo de Inversión C.I.	«XXXXXXXXXXXXXXXX»	Fondo de Inversión C.E.	«XXXXXXXXXXXXXXXX»

Descripción de la Cobertura	Capital Asegurado	Recargos		Prima Comercial Periódica sin recargos	Prima Comercial Periódica con recargos
		% Prima	% Capital		
Vida Principal	«*Mon*»«XX,XXXX.XX»	«X.XX»	«X.XX»	«XX.XX»	«XX.XX»
«*Cobertura Adicional 1*»	«*Mon*»«XX,XXXX.XX»	«X.XX»	«X.XX»	«XX.XX»	«XX.XX»
«*Cobertura Adicional 2*»	«*Mon*»«XX,XXXX.XX»	«X.XX»	«X.XX»	«XX.XX»	«XX.XX»
Prima Excedente (en «*Moneda*»)					«XX.XX»
IGV (en «*Moneda*»)					«XX.XX»
Prima Total Periódica (en US$)					«XX.XX»
Prima Total Referencial en (en Nuevos Soles)(*)					

(*) **Nota:** Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234º y 1237º del Código Civil. De aceptar la Compañía la presente solicitud, las primas podrán pagarse en Dólares Americanos o Nuevos Soles al tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago. El tipo de cambio venta se publica diariamente en las ventanillas de las entidades recaudadoras. En caso se haya contratado una prima en US$, la prima indicada en S/ se consigna sólo como referencia, en cumplimiento de la Ley 28300 y considera un tipo de cambio equivalente a S/ «X.XX».

Categorías de los Fondos de Inversión

- **Fondos Garantizados:** Sin riesgo. Brindan una Tasa Interna de Retorno (TIR) anual garantizada.
- **Fondos Controlados:** Bajo Riesgo. Tienen por objetivo el crecimiento estable de la inversión del Contratante con baja volatilidad.
- **Fondos Balanceados:** Riesgo Moderado. Tienen por objetivo el crecimiento moderado de la inversión del Contratante con volatilidad media.
- **Fondos de Capitalización:** Alto Riesgo. Tienen por objetivo el alto crecimiento de la inversión del Contratante con elevada volatilidad.

			Escenario 1					Escenario 2				
Año	Edad	Prima Comercial Total Anual	Cuenta Individual «*TIR estimada / TIR garantizada*» «XX.XX»%		Cuenta de Excedentes: «*TIR estimada / TIR garantizada*» «XX.XX»%			Cuenta Individual TIR estimada «XX.XX»%		Cuenta de Excedentes: TIR estimada «XX.XX»		
			Saldo Cuenta Individual	Saldo Cuenta de Excedentes	Saldo Total en Cuentas	Valor de Rescate (*)	Suma Asegurada	Saldo Cuenta Individual	Saldo Cuenta de Excedentes	Saldo Total en Cuentas	Valor de Rescate (*)	Suma Asegurada
1	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
2	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
3	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
4	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
5	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
6	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
7	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
8	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
9	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
10	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
11	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
12	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
13	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
14	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
15	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
16	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
17	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
18	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
19	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»
…	«XX»	«XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»	«X,XXX.XX»

<u>IMPORTANTE</u>:

EN CASO DE LOS FONDOS CONTROLADOS, BALANCEADOS O DE CAPITALIZACIÓN, LAS TASAS INTERNAS DE RETORNO (TIR) MOSTRADAS EN LOS ESCENARIOS SON ESTIMACIONES, QUE CONSIDERAN UN PERIODO DE ACUMULACIÓN DE LARGO PLAZO MÍNIMO DE DIEZ (10) AÑOS, en el corto plazo pueden presentarse mayores fluctuaciones. Los rendimientos de dichos fondos varían en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que respaldan los fondos de inversión, NO OFRECIENDOSE GARANTIA alguna de rentabilidad ni de capital en ninguno de los fondos. Consecuentemente los rendimientos acreditados en las cuentas podrán ser positivos o negativos, dependiendo del resultado de las inversiones de los fondos de inversión elegidos.

Los saldos de las Cuentas Individual y de Excedentes consideran los conceptos indicados en las Condiciones Generales de la póliza.

Los rendimientos de los Fondos Garantizados, son garantizados a la "TASA INTERNA DE RETORNO GARANTIZADA" que se indica en el cuadro de proyección, pudiendo, además, considerar una TASA INTERNA DE RETORNO ESTIMADA de conformidad con lo mostrado en el cuadro de proyección.

LAS TASAS INTERNAS DE RETORNO son netas de la comisión de administración, la cual asciende a «XX»% del fondo de la cuenta correspondiente.

PACIFICO SEGUROS NO AUTORIZA A SU PERSONAL A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO EN FORMA PERSONAL. En este sentido, no se hace responsable por cualquier monto entregado a funcionarios distintos a los encargados de las cajas autorizadas.

(*) El valor de rescate está sujeto a un cargo por rescate cuyo importe se indica en las Condiciones Particulares de la póliza.

Seguro de Vida Inversión Oro (antes Premium Life Max)

Condiciones Generales

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante la Compañía, emite a usted, en adelante el Contratante, la presente póliza sobre la vida del Asegurado, cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado de la póliza en la solicitud del seguro. 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 a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un 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 como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
• **Asegurado:** Es la persona cuya vida se asegura en virtud de la póliza.
• **Beneficio, Capital o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares y que será pagado por la Compañía a los beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro, bajo los términos de la póliza.
• **Beneficiario:** Es la persona (o las personas) designada(s) en la póliza por el Contratante como titular(es) del derecho al beneficio que en ella se establece. Su designación puede ser expresa y generalmente es de libre nombramiento, aunque debe existir siempre interés asegurable.
• **Cargo por Rescate:** Es la suma que se deduce del saldo de la Cuenta Individual perteneciente a la póliza, al momento de solicitar el rescate de ésta. El cargo por rescate figura en las Condiciones Particulares.
• **Cláusula Adicional:** Se refiere a la o las coberturas opcionales contratadas sobre el Asegurado y que son complementarias y forman parte del Contrato de Seguro.
• **Contratante:** Es la persona que suscribe la póliza con la Compañía y la obligada al pago de la prima. Generalmente el Contratante es el mismo Asegurado, cualquiera que sea la situación, se estipulará en las Condiciones Particulares.
• **Cuenta de Excedentes:** Es la cuenta donde se registran las primas de excedentes y los rendimientos de la misma.
• **Cuenta Individual:** Es la cuenta donde se registran las primas comerciales correspondientes a la cobertura principal y a las coberturas adicionales que hubiesen sido contratadas, los rendimientos de la cuenta individual y se deducen gastos fijos y variables, así como deducciones mensuales que establece la póliza.
• **Deducción Mensual:** Es el monto que se debita de la Cuenta Individual por concepto del costo de la cobertura otorgada, el costo de las coberturas adicionales –de ser el caso– y gastos de mantenimiento de la póliza.
• **Días:** Días calendario, salvo que la póliza establezca expresamente lo contrario.
• **Edad:** Es la edad actuarial del Asegurado definida en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad".
• **Endoso:** Es el documento mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las Condiciones Generales o Particulares de la póliza. Los endosos surten efectos una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Compañía y el Contratante, según corresponda.
• **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia por la póliza principal contratada o Cláusula Adicional y que se encuentran expresamente indicadas.

• **Fecha de Inicio del Seguro:** Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienza a regir la cobertura del seguro, previo pago de la prima inicial.
• **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 del accidente que ocasionó el deceso del Asegurado.
• **Interés Asegurable:** Es aquel que tiene el Asegurado y/o Contratante debido a la pérdida económica que ellos mismos y los beneficiarios del seguro sufrirían como consecuencia de la ocurrencia del siniestro.
• **Muerte Accidental:** Fallecimiento inmediato del Asegurado por causas que cumplen la condición de accidente definida en la presente póliza. Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente.
• **Opción de Continuidad:** Es el beneficio que permite al Contratante adquirir un nuevo seguro, en el que se respetarán los términos y condiciones correspondientes al presente seguro, en caso se produzca la terminación anticipada de éste debido a que no es posible realizar la Deducción Mensual por insuficiencia de saldos en las cuentas de la póliza. Para estos efectos, el Contratante debe cumplir con los requisitos establecidos en la Cláusula Vigésima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Opción para la Continuidad de las Condiciones del Seguro".
• **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 Comercial:** Es el valor determinado por la Compañía, como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas y por la constitución y administración de la Cuenta Individual.
• **Prima de Excedentes:** Es el monto adicional a la prima comercial, pagado voluntariamente por el Asegurado, con el fin de constituir, incrementar y administrar la Cuenta de Excedentes.
• **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 aquel en que se cancela la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante y/o Asegurado, mientras que la Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver la póliza.
• **Rescate:** Es la acción por la cual el Contratante resuelve y pone fin al contrato de seguro, solicitando el valor de rescate.
• **Tarifa Mensual del Seguro de Vida:** Es el monto utilizado por la Compañía para calcular la Deducción Mensual.
• **Valor de Rescate:** Es el valor que puede retirar el Contratante en caso no deseara continuar con la póliza, luego de un determinado período de vigencia de la misma. El valor de rescate se calcula de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Vigésima Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate". Se deja expresa constancia que en el Valor de Rescate incluye la devolución de primas no devengadas en caso de resolución unilateral.
• **Reserva Matemática:** Monto acumulado que tiene la finalidad de pagar las sumas aseguradas establecidas en la póliza y que se constituye en función a las primas pagadas por el Contratante.
• **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.
• **Tasa interna de retorno (TIR):** Tasa que permite igualar el monto que se ha otorgado como componente de inversión con el valor actual del monto que efectivamente se recibe al vencimiento del plazo, calculada a un año de 360 días. La tasa interna de retorno puede ser garantizada o estimada, dependiendo si la Compañía otorga o no garantía sobre el rendimiento al vencimiento del plazo.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS – DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

El Contratante podrá resolver el contrato sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, dentro de los

quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza o nota de cobertura provisional. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

El Contratante deberá devolver el cargo de recepción de la póliza debidamente firmado en señal de conformidad, cuando corresponda. El incumplimiento de dicha obligación no significará la resolución del contrato ni la anulación de la póliza .

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta póliza, los siguientes documentos:

1. Los Endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros.
2. Las Cláusulas Adicionales.
3. Las Condiciones Particulares.
4. Las Condiciones Generales.
5. La Solicitud del Seguro, sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos cuando corresponda.

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.

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 Seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulte aplicable.

QUINTA: CONSENTIMIENTO DEL TERCERO

La Compañía requerirá consentimiento previo por escrito del 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 contrato de seguro quedará resuelto de pleno derecho.

SEXTA: BASES DEL CONTRATO – DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

La póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado en su solicitud, en sus documentos accesorios o complementarios y en los cuestionarios relativos a la salud y actividades del Asegurado.

Toda declaración inexacta o reticente, formulada por el Contratante y/o el Asegurado sobre circunstancias conocidas por éstos, que de haber sido conocidas por la Compañía hubieran impedido la celebración del contrato o modificado sus condiciones, determina la nulidad del presente contrato, si media dolo o culpa inexcusable. En dicho supuesto el Contratante, el Asegurado, y/o los Beneficiarios carecerán de todo derecho de indemnización bajo la póliza, quedando la Compañía liberada de toda responsabilidad, con excepción de lo indicado en el siguiente párrafo.

De determinarse la nulidad del contrato, la Compañía devolverá al Contratante las primas pagadas sin intereses, ni impuestos, menos los Gastos Variables sobre Prima que se detallan en las Condiciones Particulares por concepto de penalidad. La penalidad no deberá exceder del valor de las primas totales acordadas para el primer año de duración del contrato.

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 del Contratante y/o del 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 al Contratante una propuesta de revisión de la póliza 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 por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso sea aceptada la revisión de la póliza, 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 la póliza, mediante una comunicación dirigida al Contratante, 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.

SÉTIMA: INDISPUTABILIDAD

Esta póliza será indisputable una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contado desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares, salvo en caso de dolo.

Lo dispuesto en la presente cláusula no será aplicable en caso que la inexactitud o falsedad verse sobre la edad del Asegurado. En estos supuestos se aplicará lo dispuesto en la solicitud de seguro o en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Edad”, respectivamente.

OCTAVA: FECHA DE INICIO DE VIGENCIA Y PLAZOS DE LA PÓLIZA

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo N° 4 de la Ley N° 29946, Ley de Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

Los años póliza son contados desde la fecha indicada en las Condiciones Particulares como Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza.

La Fecha de Emisión, que figura en las Condiciones Particulares, es la fecha en la cual la Solicitud de Seguro es aprobada.

NOVENA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA – VIDA PRINCIPAL

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional, la Compañía pagará a los beneficiarios el importe del beneficio contratado señalado en las Condiciones Particulares, en los términos y condiciones establecidos en la póliza y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma.

DÉCIMA: IMPORTE DEL BENEFICIO

El Contratante podrá elegir al inicio de la póliza entre las siguientes dos opciones de importe del beneficio por fallecimiento:

• Opción A – Suma Asegurada Creciente

El importe del beneficio será igual a la suma asegurada contratada señalada en las Condiciones Particulares más el saldo de la Cuenta Individual y más el saldo de la Cuenta de Excedentes al momento del siniestro.

• Opción B – Suma Asegurada Nivelada

El importe del beneficio será igual al valor más alto entre la suma asegurada contratada señalada en las Condiciones Particulares y el 110 % del saldo de la Cuenta Individual, más el saldo de la Cuenta de Excedentes al momento del siniestro.

La opción elegida por el Contratante figurará en las Condiciones Particulares. Asimismo, durante la vigencia de la póliza se permitirá cambiar entre opciones de beneficio por fallecimiento siempre y cuando el monto neto en riesgo resultante no sufra variación a la fecha de cambio.

DÉCIMO PRIMERA: MODIFICACIONES DE LA SUMA ASEGURADA

Transcurrido un (1) año de vigencia de la póliza, el Contratante puede solicitar, por escrito, aumentar la Suma Asegurada. Dicho incremento podrá ser por un monto igual o superior al “Capital Adicional Mínimo”, detallado en las Condiciones Particulares. En este caso, el Contratante y el Asegurado deberán suscribir una Declaración de Salud a fin de que sea evaluada por la Compañía. Si el aumento es aprobado, el costo del seguro será recalculado considerando la nueva categoría de riesgo asignada y tomando en cuenta lo indicado en la Cláusula Décimo Sétima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Tarifa Mensual del Seguro de Vida”. El aumento tendrá vigencia a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que la Compañía apruebe la solicitud y se suscriba el endoso correspondiente.

Transcurridos cinco (5) años de vigencia de la póliza, el Contratante puede solicitar, por escrito, disminuir la suma asegurada, siempre y cuando la nueva suma asegurada no sea menor que el “Capital Asegurado Mínimo Aceptado” que figura en las Condiciones Particulares. El cambio tendrá vigencia a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que la Compañía apruebe la solicitud y se suscriba el endoso correspondiente, salvo que el Contratante hubiera pagado la prima por periodos semestrales o anuales adelantados, en cuyo caso el cambio tendrá vigencia a partir del día siguiente a la finalización del periodo respectivo.

Cualquier cambio en la suma asegurada sólo será permitido cuando hayan transcurrido por lo menos veinticuatro (24) meses desde la última solicitud de cambio aprobada. Todo cambio en la suma asegurada, implicará la correlativa modificación de todas las Cláusulas Adicionales cuyos límites de indemnización estén vinculados - directa o indirectamente - con la suma asegurada.

Una vez aprobada la modificación de la suma asegurada por parte de la Compañía, se ajustará el monto de las primas periódicas, a los efectos de cumplir con las coberturas contratadas. El ajuste del monto de las primas figurará en el respectivo endoso.

DÉCIMO SEGUNDA: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo esta póliza y que no pertenecen a la Compañía, estarán reservados al Contratante, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiera convenido lo contrario.

Si el Contratante falleciere o se extinguiere estando esta póliza en vigencia, se producirá la terminación del contrato, a menos que el Asegurado, si fuese persona distinta, se hiciere cargo de sus obligaciones mientras la póliza se encuentre vigente y, en tal caso, ejercerá también los derechos, facultades y opciones que esta póliza reconoce al Contratante, ocupando su lugar para todos los efectos del contrato. Para estos efectos, el Asegurado deberá comunicarse con la Compañía a fin de que le proporcione el formato de Cambio de Contratante y suscribir el endoso correspondiente.

DÉCIMO TERCERA: EDAD

Para todos los efectos del seguro se considerará que la edad es la edad actuarial del Asegurado, es decir, aquella que éste tuviera a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, salvo que a dicha fecha hayan transcurrido más de seis (6) meses desde su último cumpleaños, en cuyo caso se considerará el número entero inmediatamente superior. La edad alcanzada es la edad actuarial del Asegurado a la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza, más el número de años completos transcurridos desde la misma.

Al momento de contratación de la póliza, el Asegurado no deberá superar la "Edad Máxima de Ingreso" establecida en las Condiciones Particulares, teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurado hasta el aniversario de la póliza en el cual cumple los noventa y cinco (95) años de edad.

La Compañía podrá requerir al Contratante, al Asegurado y/o los Beneficiarios que acrediten la edad del Asegurado a través de un documento oficial antes de otorgar cualquier beneficio acordado por la póliza.

Si resultase que la edad declarada fuese mayor que la real, la Compañía procederá a restituir el exceso de la prima comercial percibida sin intereses, de corresponder.

Si resultase que la edad declarada fuese menor que la real, la prestación de la Compañía se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima comercial correspondiente a la edad real y la prima comercial pagada por el Contratante.

Sin embargo, si resultase que la edad declarada fuese menor que la real y el Asegurado era una persona no asegurable debido a que la edad real supera la Edad Máxima de Ingreso indicada en las Condiciones Particulares a la fecha de contratación de la póliza, el contrato será nulo y quedará sin efecto, debiendo la Compañía devolver al Contratante el valor de las primas pagadas sin intereses, ni impuestos.

DÉCIMO CUARTA: PRIMAS

La primera prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza. Las siguientes primas deberán ser pagadas en el tiempo y forma establecidos en las Condiciones Particulares.

Existen dos tipos de primas:

a. Prima comercial: es el valor determinado por la Compañía como el precio de las coberturas de seguro contratadas y por la constitución y administración de la Cuenta Individual. Esta prima es depositada en la Cuenta Individual. La prima comercial e impuestos si hubieren, constituyen la prima mínima por período mostrada en las Condiciones Particulares.
b. Prima de excedentes: es el monto adicional a la prima comercial, cuyo pago es opcional y tiene por objeto constituir, incrementar y administrar la Cuenta de Excedentes. El pago de esta prima puede ser tanto regular (pagada al mismo tiempo que la prima comercial) como no regular (pago único o en días distintos al pago de la prima comercial). Las restricciones para la prima de excedentes se detallan en las Condiciones Particulares.

Las primas deberán ser pagadas sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie, de acuerdo a lo indicado por el Asegurado en la solicitud del seguro. La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante un cargo o descuento convenido.

En los casos de pago de prima mediante un sistema de cargo automático, es responsabilidad del Asegurado verificar que los cargos de prima se realicen. La Compañía carecerá de toda responsabilidad si el cargo de las primas no puede realizarse dentro del plazo otorgado por insuficiencia de saldos o cualquier otro motivo no imputable a la Compañía.

Si el Contratante deseara modificar el procedimiento de pago de primas inicialmente establecido, deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, la que se reservará el derecho de aceptar o no dicha solicitud.

Las primas comerciales, netas del factor de gestión e impuestos si existieren, se registran en la Cuenta Individual, conjuntamente con los rendimientos de la Cuenta Individual. De la Cuenta Individual se debitan los gastos variables, así como la Deducción Mensual que establece la póliza.

Las primas de excedentes, netas de impuestos si existieran, se registran en la Cuenta de Excedentes, conjuntamente con los rendimientos de la Cuenta de Excedentes. De la Cuenta de Excedentes se deducen los retiros parciales.

El detalle de estas acreditaciones y deducciones se especifica en las cláusulas correspondientes.

DÉCIMO QUINTA: DEDUCCIÓN MENSUAL DE LA CUENTA INDIVIDUAL

El día primero de cada mes calendario se calculará y realizará la Deducción Mensual de la Cuenta Individual, la que está conformada por:

• El costo mensual de la cobertura por fallecimiento prevista en las presentes Condiciones Generales.

Más

• El costo por el mes en curso de las Coberturas Adicionales que se hubieran incorporado a la póliza, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.

Más

• El cargo mensual operativo en la proporción de (1 – gastos variables sobre prima comercial). El máximo cargo mensual operativo figura en las Condiciones Particulares y los gastos variables sobre prima comercial figuran en la tabla B de las Condiciones Particulares.

DÉCIMO SEXTA: COSTO MENSUAL DE LA COBERTURA

El costo mensual de la cobertura depende de la opción de Importe del Beneficio elegida por el Contratante. Las características de cada una de dichas opciones figuran en la Cláusula Décima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Importe del Beneficio”.

El costo mensual de la cobertura para la Opción A y Opción B, respectivamente, se determina de acuerdo con el siguiente procedimiento:

• Opción A – Suma Asegurada Creciente

La suma asegurada contratada se divide entre mil (1000) y se multiplica por la correspondiente “Tarifa Mensual del Seguro de Vida”

• Opción B – Suma Asegurada Nivelada

Si la suma asegurada contratada es mayor que el 110% del saldo de la Cuenta Individual: La diferencia entre la suma asegurada y el saldo de la Cuenta Individual se divide entre mil (1000) y se multiplica por la correspondiente “Tarifa Mensual del Seguro de Vida”

Si la suma asegurada es menor que el 110% del saldo de la Cuenta Individual: El 10% del saldo de la Cuenta Individual se divide entre mil (1000) y se multiplica por la correspondiente “Tarifa Mensual del Seguro de Vida”

DÉCIMO SÉTIMA: TARIFA MENSUAL DEL SEGURO DE VIDA

La "Tarifa Mensual del Seguro de Vida" depende del género del Asegurado, la edad que alcanzó en su último aniversario de póliza y la última categoría de riesgo que le haya sido asignada. Esta tarifa mensual es calculada periódicamente por la Compañía de acuerdo con sus expectativas de mortalidad futura y no podrá exceder en ningún caso las "Tarifas Mensuales Máximas por Mil de Capital”. Dichas tarifas máximas se basan en la tabla de mortalidad presentada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP para este plan.

Las "Tarifas Mensuales Máximas por Mil de Capital" de cada asegurado figuran en la Tabla A de sus respectivas Condiciones Particulares.

La Tabla A será reemplazada en cada oportunidad en la que se produzca una modificación en la categoría de riesgo del Asegurado, previo acuerdo escrito entre las partes. Para estos efectos, la Compañía enviará una propuesta al Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le es comunicada. La falta de aceptación de los términos de la propuesta no genera la resolución del contrato, en cuyo caso, se mantendrán vigentes los términos originales del mismo.

DÉCIMO OCTAVA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE PRIMAS

A partir del inicio de vigencia de la póliza, la falta de pago de prima produce la reducción del seguro, entendiéndose ésta como una reducción del plazo contratado a fin de mantener vigente la suma asegurada originalmente pactada, conforme a lo establecido en el presente contrato de seguro. En consecuencia, en caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos en las Condiciones Particulares, la póliza podrá mantenerse vigente por el tiempo que el saldo de la Cuenta Individual y, posteriormente, el saldo de la Cuenta de Excedentes permitan afrontar la Deducción Mensual, de acuerdo con lo establecido en los párrafos siguientes.

Si en el primer día de un mes se verificara que el importe de la Deducción Mensual correspondiente a dicho mes es superior al saldo de la Cuenta Individual disminuido en el Cargo por Rescate –que figura en la Tabla B de las Condiciones Particulares–, la Compañía transferirá desde la Cuenta de

Excedentes a la Cuenta Individual, el importe suficiente para poder efectuar la Deducción Mensual. Lo antes indicado no aplica en caso el saldo de los préstamos vigentes sea igual o superior al saldo de la Cuenta Individual neta del correspondiente cargo por rescate, en cuyo caso se aplicará lo establecido en la Clausula Vigésimo Sétima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Préstamos".

Si aún con el saldo de la Cuenta de Excedentes no se pudiese hacer frente al importe de la Deducción Mensual, la Compañía comunicará al Contratante y/o Asegurado que, en caso no regularice el pago de las primas adeudadas, por un monto mínimo equivalente a la Deducción Mensual correspondiente, dentro de los treinta (30) días desde que no se pudo realizar la Deducción Mensual, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. La Compañía no será responsable por lo siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura. Si el fallecimiento ocurriese sin que se regularice el pago del monto adeudado y dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, se deducirá del beneficio correspondiente el monto de las Deducciones Mensuales adeudadas por el Contratante. Durante el plazo de suspensión, no se permitirá el pago sólo de primas de excedentes.

Durante los primeros tres (3) años de vigencia, si la póliza no tiene primas pendientes de pago, la verificación tendrá en cuenta el valor de la Cuenta Individual, sin la disminución del Cargo por Rescate. No obstante, si el Contratante no hubiera cumplido con el pago oportuno de sus primas, se aplicará lo establecido en el segundo párrafo de la presente cláusula.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso, la Compañía podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará por escrito al Contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.

En todo caso, si la Compañía no reclama el pago dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo en el cual se debió realizar la Deducción Mensual y no fue posible debido a la falta de saldo en las cuentas de la póliza, se entiende que el contrato queda extinguido. Se entiende por reclamo del pago, el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza por parte de la Compañía.

El Contratante tendrá derecho a la rehabilitación de la póliza, en cualquier momento durante el periodo de suspensión de cobertura y antes de la ocurrencia del siniestro, debiendo cumplir para ello con lo establecido en la Cláusula Décimo Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Rehabilitación". En caso el contrato de seguro se extinguiese por falta de pago, el Contratante podrá ejercer la opción de continuidad, cumpliendo las condiciones establecidas en la Cláusula Vigésima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Opción para la Continuidad de las Condiciones del Seguro".

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, 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.

DÉCIMO NOVENA: REHABILITACIÓN

El Contratante podrá solicitar a la Compañía la rehabilitación de la póliza, en caso la cobertura del seguro hubiere quedado suspendida por falta de pagos, siempre y cuando la Compañía no haya comunicado su decisión de resolver la póliza o el contrato de seguro no se hubiere extinguido de acuerdo a lo establecido

en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas”.

La rehabilitación de la póliza se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague previamente el total de las primas vencidas o un monto mínimo equivalente al total de las Deducciones Mensuales que no se hubiesen realizado a dicha fecha; lo que resulte más beneficioso para el Contratante. La cobertura vuelve a tener efectos a partir de las 00:00 horas del día siguiente a aquel en el cual se realiza el pago antes indicado (fecha de rehabilitación). La Compañía sólo responderá por los siniestros ocurridos a partir de la fecha de rehabilitación, de conformidad con los términos de la presente póliza.

VIGÉSIMA: OPCIÓN PARA LA CONTINUIDAD DE LAS CONDICIONES DEL SEGURO

Las partes acuerdan que, en caso se produzca la terminación anticipada del presente contrato de seguro (resolución o extinción) debido a que no es posible realizar la Deducción Mensual por insuficiencia de saldos en las cuentas de la póliza, el Contratante dispondrá de un plazo máximo y no renovable de tres (03) años para solicitar la emisión de un nuevo contrato, en el cual se respetarán los términos y condiciones correspondientes al presente seguro.

Para acceder a este beneficio, el Contratante deberá cumplir con lo siguiente:

• Suscribir el formato de opción de continuidad proporcionado por la Compañía.
• Ofrecer evidencias de asegurabilidad sobre el Asegurado que sean satisfactorias a juicio de la Compañía; siendo de cargo del Contratante los gastos que pudiera originar esta comprobación.
• Pagar un monto equivalente a la reserva matemática necesaria y suficiente para mantener la nueva póliza vigente por un período mínimo de seis (6) meses, con el rendimiento promedio del fondo de inversión elegido para la Cuenta Individual, a la fecha de aprobación de la opción de continuidad. Dicho monto será informado por la Compañía y, en caso la opción de continuidad sea aprobada conforme a lo indicado en la presente cláusula, se acreditará en las cuentas de la nueva póliza.

Se deja expresa constancia que la Compañía no otorgará cobertura durante el trámite de evaluación correspondiente a la opción de continuidad, por lo que de producirse un siniestro antes del inicio de vigencia del nuevo contrato o del rechazo de la solicitud, éste no gozará de cobertura.

Asimismo, se deja expresa constancia que los plazos establecidos para la aplicación de la exclusión por suicidio y para la indisputabilidad del seguro, empezarán a regir nuevamente desde el inicio de vigencia del nuevo contrato de seguro.

Igualmente, queda expresamente convenido que el Contratante no podrá acceder a este beneficio cuando la póliza haya sido liquidada por su valor de rescate total.

En caso no proceda la emisión del nuevo contrato por haberse determinado que el Asegurado no cumple con las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía, la Compañía reembolsará al Contratante el monto que éste hubiere desembolsado con motivo de la emisión del nuevo contrato seguro.

Queda expresamente convenido que en cualquier momento durante la evaluación de la solicitud para acceder a la opción de continuidad y hasta antes de comunicada la aprobación de dicho trámite, el Contratante podrá desistirse de la solicitud remitiendo a la Compañía una carta simple adjuntando copia de su documento de identidad o copia del RUC y DNI del representante tratándose de personas jurídicas. La Compañía procederá con la devolución del monto total que el Contratante hubiere desembolsado a favor de la Compañía a efectos de acceder a la opción de continuidad en un plazo no mayor a treinta (30) días de recibida la notificación del desistimiento.

VIGÉSIMO PRIMERA: FONDOS DE INVERSIÓN

Dependiendo de la moneda contratada, el Contratante podrá elegir un fondo de inversión para la Cuenta Individual y uno para la Cuenta de Excedentes entre las siguientes categorías de fondos de inversión, las cuales cuentan con distintos niveles de riesgo según el siguiente detalle:

• Fondos Garantizados

Estos fondos de inversión son aplicables única y exclusivamente a la Cuenta Individual y presentan una Tasa Interna de Retorno **garantizada**. El objetivo de estos fondos es garantizar un retorno fijo de la inversión realizada por el Contratante.

• Fondos Controlados

Estos fondos, en su mayoría, invierten en instrumentos de renta fija de emisores de alta calidad crediticia en países desarrollados y de mercados emergentes. No obstante, estos fondos también podrán invertir en instrumentos de renta variable, instrumentos derivados u otros instrumentos de inversión permitidos por la legislación vigente. Los instrumentos de renta variable no representarán un porcentaje mayor a 20% del valor total del fondo, respectivamente. El objetivo de estos fondos es el crecimiento estable de la inversión del Contratante con baja volatilidad.

• Fondos Balanceados

Estos fondos, en su mayoría, invierten en instrumentos de renta variable y de renta fija en países desarrollados y de mercados emergentes. No obstante, estos fondos también podrán invertir en instrumentos de corto plazo, instrumentos derivados u otros instrumentos de inversión permitidos por la legislación vigente. Los instrumentos de renta variable no representarán un porcentaje mayor a 60% del valor total del fondo, respectivamente. El objetivo de estos fondos es el crecimiento moderado de la inversión del Contratante con volatilidad media.

• Fondos de Capitalización

Estos fondos, en su mayoría, invierten en instrumentos de renta variable altamente líquidos (acciones, índices, ETFs de commodities, monedas, fondos mutuos, etc.) en países desarrollados y en mercados emergentes. No obstante, estos fondos también podrán invertir en instrumentos de renta fija, así como en instrumentos de corto plazo, instrumentos derivados u otros instrumentos de inversión permitidos por la legislación vigente. Los instrumentos de renta variable podrán representar hasta 100% del valor total del fondo, respectivamente. El objetivo de estos fondos es el alto crecimiento de la inversión del Contratante con elevada volatilidad.

Los fondos de inversión correspondientes a cada categoría se encuentran en la sección "Seguros de Vida + Inversión" de la página web de la Compañía (enlace: http://www.pacifico.com.pe/seguros/vida#inversion). Los fondos de inversión elegidos por el Contratante respecto de la Cuenta Individual y de la Cuenta de Excedentes figuran en las Condiciones Particulares. Asimismo, el Contratante podrá solicitar el cambio del fondo de inversión de la Cuenta Individual y/o de la Cuenta de Excedentes, sujeto a un cargo, durante la vigencia de la póliza; siempre que dicho cambio se realice entre fondos en la misma moneda. El cargo por cambio de fondo, así como el número máximo de cambios de fondo en un año póliza se muestran en las Condiciones Particulares.

Las tasas de rendimiento de los fondos de inversión distintos a los Fondos Garantizados pueden variar en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que los componen, no ofreciéndose garantía alguna de rendimiento ni de capital. Consecuentemente el rendimiento acreditado en las cuentas podrá ser positivo o negativo, dependiendo del resultado de las inversiones.

En caso de los Fondos Controlados, Balanceados y de Capitalización, el fondo correspondiente se valorizará a precios de mercado, diariamente, calculando las rentabilidades intra-período bajo el criterio de

ponderación por tiempo. La Compañía llevará un registro independiente del movimiento de estos fondos. Los activos serán transados únicamente en mercados regulados por las autoridades correspondientes. La composición y movimiento de los fondos serán informados periódicamente a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Asimismo, el Contratante recibirá un informe periódico de las tenencias y resultados del período.

En caso la Compañía decida cerrar y/o eliminar determinado fondo de inversión, se informará de este hecho al Contratante con un plazo de anticipación no menor a treinta (30) días, a efectos que el Contratante elija a qué fondo de inversión se transferirán los saldos de las cuentas involucradas. Si el Contratante no comunicara a la Compañía dentro del plazo antes indicado la elección de un nuevo fondo para las cuentas involucradas, la Compañía transferirá los saldos de las cuentas de la póliza de conformidad con el siguiente orden:

a) Para la Cuenta Individual: Se transferirán los saldos al fondo de inversión de fecha de creación más reciente en la misma categoría de fondos y en la misma moneda a la que pertenecía el fondo de inversión cerrado o eliminado. En caso no exista otro fondo de inversión vigente en la misma categoría y en la misma moneda, se transferirán los fondos al fondo de inversión de fecha de creación más reciente en la misma moneda pero en la categoría de fondos con un nivel de riesgo inmediatamente menor a la categoría de fondos a la que pertenece el fondo cerrado o eliminado.

b) Para la Cuenta de Excedentes: Se transferirán los saldos al fondo de inversión de fecha de creación más reciente en la misma categoría de fondos y en la misma moneda a la que pertenecía el fondo de inversión cerrado o eliminado. En caso no exista otro fondo de inversión vigente en la misma categoría y en la misma moneda, se transferirán los fondos al fondo de inversión de fecha de creación más reciente en la misma moneda pero en la categoría de fondos con un nivel de riesgo inmediatamente menor a la categoría de fondos a la que pertenece el fondo cerrado o eliminado.

VIGÉSIMO SEGUNDA: RENDIMIENTOS DE LAS CUENTAS

Según se indique en las Condiciones Particulares, los rendimientos se calcularán y acreditarán de la siguiente forma:

a) En forma diaria: Para calcular los rendimientos a acreditarse al final de cada día, se utilizará el rendimiento neto obtenido por el fondo de inversión de cada cuenta, en el día.

b) En forma mensual: Para calcular los rendimientos a acreditarse el último día de cada mes, se utilizará el rendimiento neto obtenido por el fondo de inversión de cada cuenta durante todo el mes.

Para una cuenta con un fondo de inversión al que le aplica una tasa interna de retorno garantizada, la tasa de rendimiento neto diaria o neto mensual será igual a la tasa diaria o mensual equivalente a la Tasa Interna de Retorno Anual Garantizada. La Tasa Interna de Retorno Anual Garantizada se especifica en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para una cuenta con un fondo de inversión al que le aplica una tasa interna de retorno estimada, se entiende por rendimiento neto a aquel que la Compañía calcula en función al rendimiento de los activos que componen cada fondo de inversión que haya elegido el Contratante, luego de deducir la comisión de administración de la Compañía.

Se deja expresa constancia que un mismo fondo de inversión podría tener una tasa interna de retorno garantizada y una tasa interna de retorno estimada de manera simultánea, aplicándose en dicho caso como mínimo la tasa interna de retorno garantizada.

• **Rendimientos de la Cuenta Individual**

Los rendimientos de la Cuenta Individual se calcularán con la tasa diaria o mensual mencionada en el primer párrafo y teniendo como base de aplicación el saldo de la Cuenta Individual al final del día o mes anterior a la acreditación, según corresponda.

• **Rendimientos de la Cuenta de Excedentes**

Los rendimientos de la Cuenta de Excedentes se calcularán con la tasa diaria o mensual mencionada en el primer párrafo y teniendo como base de aplicación el saldo de la Cuenta de Excedentes al final del día o mes anterior a la acreditación.

VIGÉSIMO TERCERA: CONSTITUCIÓN DE LA CUENTA INDIVIDUAL

El saldo de la Cuenta Individual a la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza será igual a cero.

El saldo de la Cuenta Individual al final de cualquier día, estando vigente la póliza, será igual a:

• El saldo de la Cuenta Individual al final del día anterior, según el periodo de acreditación.

más
• Toda prima comercial pagada durante el día, neta del factor de gestión e impuestos, si existieran. El factor de gestión corresponde a un margen de seguridad para compensar desviaciones en la siniestralidad o gastos del seguro cuyo valor figura en acápite 9 de las Condiciones Particulares.

menos
• Los gastos variables correspondientes a la prima comercial pagada durante el día. Estos gastos son un porcentaje de la prima comercial y figuran en la tabla B de las Condiciones Particulares.

menos
• La Deducción Mensual de la Cuenta Individual realizada en el día, si fuera el primer día del mes, o cero en caso contrario.

más
• Los rendimientos de la Cuenta Individual devengados durante el día cuando la acreditación del rendimiento es diaria; si fuera acreditación mensual corresponde los rendimientos devengados durante el mes completo sólo en el último día del mes o cero en caso contrario, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Rendimientos de las Cuentas”.

VIGÉSIMO CUARTA: CONSTITUCIÓN DE LA CUENTA DE EXCEDENTES

El saldo de la Cuenta de Excedentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza será igual a cero.

El saldo de la Cuenta de Excedentes al final de cualquier día, estando vigente la póliza, será igual a:

• El saldo de la Cuenta de Excedentes al final del día anterior, según el periodo de acreditación.

más
• Toda prima de excedentes pagada durante el día, neta de impuestos, si existieran.

menos
• Los retiros parciales de la Cuenta de Excedentes realizados durante el día y el cargo por retiro parcial de la Cuenta de Excedentes que figura en las Condiciones Particulares si el retiro parcial se realiza durante el

periodo indicado en las Condiciones Particulares. Transcurrido dicho período, no se aplicará cargo alguno sobre la Cuenta de Excedentes con motivo de los retiros parciales.

más

• Los rendimientos de la Cuenta de Excedentes devengados durante el día cuando la acreditación del rendimiento es diaria; si fuera acreditación mensual corresponde los rendimientos devengados durante el mes completo sólo en el último día del mes o cero en caso contrario, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Rendimientos de las Cuentas".

VIGÉSIMO QUINTA: RETIROS PARCIALES DE LA CUENTA DE EXCEDENTES

En cualquier momento, el Contratante podrá solicitar, por escrito, fracciones en efectivo del saldo de su Cuenta de Excedentes. **Si el retiro es solicitado dentro del periodo indicado en el acápite 8 de las Condiciones Particulares, el monto será disminuido en el "Cargo por Retiro Parcial" especificado en dicho acápite**. Transcurrido dicho período, no se aplicará cargo alguno a los retiros parciales. En ningún caso el importe del retiro parcial podrá superar el saldo de la Cuenta de Excedentes, ni tener un valor no comprendido entre los montos mínimo y máximo definidos en las Condiciones Particulares.

La Compañía se reserva el derecho de limitar la cantidad de retiros que pueden solicitarse durante cada año póliza. Tal limitación figura en las Condiciones Particulares.

Cada retiro parcial produce una disminución equivalente en el saldo de la Cuenta de Excedentes y, por lo tanto, ocasiona una variación en el beneficio por fallecimiento, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Décima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Importe del Beneficio".

VIGÉSIMO SEXTA: INFORMACIÓN AL CONTRATANTE

La Compañía pondrá a disposición del Contratante con una frecuencia mensual un estado de las cuentas individual y de excedentes a través de la página web de la Compañía u otro medio digital que oportunamente se comunique para tales efectos. Dicho estado de cuenta incluirá como mínimo la información requerida por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP´s mediante normas de carácter general que regulen los seguros de vida con componente de ahorro y/o inversión.

VIGÉSIMO SÉTIMA: PRÉSTAMOS

Una vez pagadas las primas correspondientes a los dos (2) primeros años de vigencia de la póliza, el Contratante puede obtener préstamos en efectivo hasta el límite del valor de rescate que corresponda a la fecha de la solicitud del préstamo, a la tasa de interés sobre saldos establecido por la Compañía, el mismo que se consignará en un endoso a la póliza, previo acuerdo entre las partes. El Contratante deberá reembolsar a la Compañía el importe total del préstamo o parte del mismo durante la vigencia de la póliza. Los intereses del préstamo se calcularán el primer día del mes y el valor de los mismos se añadirá al saldo vigente del mismo préstamo, incrementando la deuda periódicamente por el importe de los intereses mensuales.

En caso de fallecimiento, el importe total adeudado en virtud de préstamos otorgados bajo esta póliza se deducirá del beneficio por fallecimiento que corresponda liquidar.

En cualquier momento, si el saldo de los préstamos vigentes es igual o superior al saldo de la Cuenta Individual neta del correspondiente cargo por rescate, la Compañía enviará una comunicación al Contratante informándole de este hecho, y otorgándole un plazo de 30 días para que cumpla con cancelar el saldo total del préstamo, e indicándole las consecuencias del incumplimiento en la cancelación del préstamo. Vencido dicho plazo sin que el Contratante hubiera cumplido con cancelar el préstamo, la

Compañía procederá a cancelar el saldo adeudado mediante la liquidación del valor de rescate, quedando la póliza resuelta.

Los impuestos y gastos que origine el préstamo serán por cuenta del Contratante, con excepción de aquellos que por ley correspondan a la Compañía

VIGÉSIMO OCTAVA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA Y VALOR DE RESCATE

El Contratante podrá solicitar en cualquier momento, sin expresión de causa y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, la resolución de su póliza por el correspondiente Valor de Rescate, previa comunicación, quedando la póliza sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación (fecha de resolución) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza, salvo la obligación de la Compañía de abonar el valor de rescate. En caso la solicitud de resolución se realice por escrito, el Contratante deberá adjuntar copia de su DNI o copia del RUC y DNI del representante tratándose de personas jurídicas.

Si a la resolución de la póliza el saldo de la Cuenta Individual es mayor que el correspondiente Cargo por Rescate, el Valor de Rescate será igual a:

- **Saldo de la Cuenta Individual**

  menos

- **Cargo por Rescate que figura en la Tabla B de las Condiciones Particulares**

  más

- **Saldo de la Cuenta de Excedentes**

  menos

- **Cargo por Retiro Parcial que figura en el acápite 8 de las Condiciones Particulares si la resolución se solicita durante el periodo indicado en dicho acápite**

Si a la resolución de la póliza el saldo de la Cuenta Individual es menor que el correspondiente Cargo por Rescate, el Valor de Rescate será igual a:

- **Saldo de la Cuenta de Excedentes**

  menos

- **Cargo por Retiro Parcial que figura en el acápite 8 de las Condiciones Particulares si la resolución se solicita durante el periodo indicado en dicho acápite**

El Valor de Rescate será pagado en un solo acto y dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud de resolución del contrato.

Se deja expresa constancia que, en caso el Contratante y el Asegurado sean personas distintas, el Contratante deberá comunicar al Asegurado su decisión de resolver la presente póliza con por lo menos quince (15) días de anticipación.

VIGÉSIMO NOVENA: LÍMITE DE LOS NOVENTA Y CINCO (95) AÑOS

Es responsabilidad del Contratante verificar la existencia de saldos suficientes en la póliza a efectos de que se realice la Deducción Mensual establecida en la Cláusula Décimo Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Deducción Mensual de la Cuenta Individual".

Si el Asegurado alcanzara con vida el aniversario de la póliza en el cual cumple los noventa y cinco (95) años de edad para el seguro y la póliza estuviera vigente en ese momento al existir saldos suficientes en las cuentas de la póliza, la Compañía pagará al Contratante el saldo de la Cuenta Individual más el saldo de la Cuenta de Excedentes, dándose por concluida la cobertura de la póliza y toda obligación de pago entre las partes.

TRIGÉSIMA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

1. Por ejercicio del derecho de arrepentimiento, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "De los documentos – Derecho de Arrepentimiento".
2. Por revocación del consentimiento del Asegurado, en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consentimiento del Tercero".
3. 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 realizada sin dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".
4. Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".
5. Por incumplimiento de pago del saldo total del préstamo, en caso la Compañía le comunique que el saldo de los préstamos vigentes es igual o superior al saldo de la Cuenta Individual, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Sétima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Préstamos".
6. Cuando el Contratante manifieste su decisión de resolver la póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Vigésimo Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate".
7. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Trigésimo Cuarta de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Solicitud de Cobertura Fraudulenta".
Como consecuencia de la resolución, el presente contrato de seguro dejará de surtir efectos, perdiendo el Asegurado la cobertura del seguro y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad indemnizatoria ante la ocurrencia de un siniestro.
Asimismo, la presente póliza se extinguirá y, por tanto, la cobertura de los riesgos asegurados en ella terminará, liberándose la Compañía de toda responsabilidad indemnizatoria en virtud de la misma, ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, de conformidad con lo dispuesto en la póliza.
2. Por fallecimiento del Contratante, en caso el Asegurado fuese persona distinta y no se hiciere cargo de las obligaciones del Contratante mientras la póliza se encuentre vigente, según lo dispuesto en la Cláusula Décimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Titular de esta Póliza".

3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario desde el primer día del mes en que no se pudo realizar la Deducción Mensual por falta de saldo en las cuentas de la póliza, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".
4. Al finalizar el aniversario póliza en el cual el Asegurado cumple la edad de noventa y cinco (95) años de edad para la póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Vigésimo Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Límite de los Noventa y Cinco (95) Años".

Salvo se ejerza el derecho de arrepentimiento, se deja expresa constancia que, como consecuencia de la resolución y/o extinción del contrato de seguro, la Compañía liquidará y abonará a favor del Contratante el Valor de Rescate conforme a lo dispuesto en el segundo párrafo de la Cláusula Vigésimo Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate".

En caso la resolución de contrato sea consecuencia del ejercicio del derecho de arrepentimiento, la Compañía realizará la devolución de las primas pagadas conforme a lo dispuesto en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "De los Documentos – Derecho de Arrepentimiento".

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el contrato de seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:
1. Si, al momento de la contratación del seguro, el Contratante y/o el Asegurado incurren en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".
2. En caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, si se comprobase que el Asegurado superaba la "Edad Máxima de Ingreso" a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad".
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, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".

Las coberturas adicionales contratadas a través de las Cláusulas Adicionales incorporadas a la presente póliza, terminarán en la fecha estipulada para cada una de ellas en las Condiciones Particulares o en cualquiera de los supuestos de extinción, resolución y nulidad mencionados en los puntos precedentes, lo que ocurra primero.

TRIGÉSIMO PRIMERA: EXCLUSIONES – RIESGOS NO CUBIERTOS

Este contrato de seguros no cubre el fallecimiento del Asegurado, cuando el deceso se produjera como consecuencia de:

a) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
b) Participación del Asegurado como sujeto activo de un acto delictivo o tipificado como delito o por aplicación legítima de la pena de muerte.
c) En los seguros sobre la vida de un tercero, la muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante.
d) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
e) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
f) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
Asimismo, los aumentos de capital asegurado solicitados por el Contratante que se hayan concedido en los dos (2) años inmediatamente anteriores al suicidio, no integrarán el beneficio por fallecimiento.
g) Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.

Producido el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta cobertura por cualquiera de las causas enunciadas en los incisos precedentes, la Compañía pagará el Valor de Rescate de la póliza, si lo hubiere, al Contratante y, en su defecto, a los Beneficiarios de conformidad con la proporción que se les hubiere asignado.

TRIGÉSIMO SEGUNDA: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Contratante tiene el derecho de nombrar a los Beneficiarios Principales y Contingentes que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso, siempre que exista interés asegurable entre el Asegurado y los beneficiarios. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el beneficio del seguro de vida pagadero al fallecimiento del Asegurado. El Contratante podrá cambiar en cualquier momento a los Beneficiarios, salvo que haya cedido este derecho a un tercero.

El cambio del o los Beneficiarios se hará en forma expresa y por escrito y será válido siempre que conste en un endoso a la póliza o conste en testamento o en un documento legalizado ante notario público; sin embargo, se deja expresa constancia que la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad en caso de pagar la indemnización correspondiente a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificando esta designación.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Cuando el Contratante no designe Beneficiarios o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, el beneficio corresponderá a los herederos del Asegurado que figuren en la Sucesión Intestada o en el Testamento en caso se hubiera otorgado. El beneficio será dividido entre los herederos en partes iguales; salvo que en el testamento se hubiera establecido expresamente una proporción distinta para el pago de este seguro.

La Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación de los beneficiarios o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

El pago del beneficio del seguro contratado se efectuará a los Beneficiarios Principales y solamente en caso que al momento del fallecimiento del Asegurado no quedara ninguno de los Beneficiarios Principales,

se procederá a efectuar el pago a los Beneficiarios Contingentes y, a falta de éstos, la suma asegurada será entregada a los herederos del Asegurado, instituidos de acuerdo a ley.

Si al momento de pagar el siniestro se determina que uno de los Beneficiarios Principales falleció en forma previa al fallecimiento del Asegurado, la parte correspondiente al Beneficiario fallecido acrecerá la de los demás Beneficiarios Principales designados, en forma proporcional a su participación. Si el fallecimiento del Beneficiario Principal se produce con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, la parte que le hubiera correspondido será pagada a los herederos del Beneficiario Principal fallecido, instituidos de acuerdo a ley.

TRIGÉSIMO TERCERA: AVISO DE SINIESTRO – PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Los beneficiarios deberán informar por escrito al domicilio de la Compañía 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, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, deberán presentar a la Compañía la solicitud de cobertura empleando el formato de declaración de siniestro que le sea proporcionado por la Compañía, adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

Caso de Muerte Natural:	**Caso de Muerte Accidental:**
1. Partida de defunción o acta de defunción.	**1. Partida de defunción o acta de defunción.**
2. Certificado médico de defunción completo.	**2. Certificado médico de defunción completo.**
3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.	**3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.**
4. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).	**4. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).**
	5. Protocolo de Necropsia completo, según corresponda.
	6. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidiesen.
	7. Resultado del examen de dosaje etílico y del examen toxicológico, según corresponda.

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 diagnostico 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.

En caso los beneficiarios sean los hederos legales instituidos conforme a ley, además de los documentos antes listados se deberá presentar copia literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o del Testamento, según corresponda, emitida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.

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.

En caso de fallecimiento, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del mismo, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del médico representante de los beneficiarios o sucesores.

En aquellos casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia, el cuerpo del Asegurado fallecido no podrá ser embalsamado o sometido a ningún tratamiento o cualquier otro proceso que signifique una alteración al estado de los tejidos u órganos del cuerpo, sin que previamente se haya realizado la necropsia de ley y en tanto la Compañía no se pronuncie respecto a la cobertura del siniestro. La falta de realización de la necropsia de acuerdo a ley constituye un acto de culpa inexcusable y en consecuencia libera a la Compañía de toda responsabilidad frente al siniestro, en tanto afecta la posibilidad de verificar o determinar las causas y circunstancias del siniestro.

Asimismo, en caso la Compañía requiera exámenes médicos sobre el cuerpo del Asegurado fallecido dentro de los veinte (20) días de presentada toda la documentación listada en la presente cláusula y, posteriormente a ello, el cuerpo del Asegurado fallecido sea embalsamado o sometido a un tratamiento o proceso a los que se refiere el párrafo precedente, sin que se hayan efectuado los exámenes requeridos, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar la indemnización o beneficio pactado, en tanto ese hecho afecte la posibilidad de la Compañía de verificar o determinar las causas y circunstancias del siniestro.

Excepcionalmente, en los casos en los que exista un proceso judicial en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa –a juicio razonable de la Compañía– la cobertura del siniestro o el derecho del Beneficiario, la Compañía podrá supeditar la decisión de la cobertura del siniestro o el pago del beneficio a la conclusión en última instancia del proceso respectivo, requiriendo el original o copia con certificación de reproducción notarial de la sentencia o resolución definitiva dentro del plazo de treinta (30) días establecido en el artículo 74 de la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946. En el requerimiento, la Compañía deberá justificar al Beneficiario la necesidad de dicho documento. Lo antes expuesto no afecta el derecho de la Compañía de apersonarse al proceso.

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 solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si

la solicitud de cobertura fuese aprobada por la Compañía o hubiese transcurrido el plazo antes indicado o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, sin pronunciamiento; se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

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 .

TRIGÉSIMO CUARTA: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado o sus beneficiarios perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si, en cualquier tiempo el Contratante, el Asegurado, sus beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura 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 presente contrato de seguro. Para ejercer esta condición resolutoria, la Compañía comunicará al Contratante y/o al 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 Siniestros. 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.

TRIGÉSIMO QUINTA: PAGO DEL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

La obligación de pagar el beneficio por fallecimiento o capital asegurado a los beneficiarios deberá ser cumplida por la Compañía en un solo acto y por su valor total.

De la liquidación de la póliza será deducida cualquier deuda que con la Compañía tuvieran el Contratante o el Asegurado en relación con la presente póliza.

TRIGÉSIMO SEXTA: DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Contratante podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original.

El Contratante tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza.

TRIGÉSIMO SÉTIMA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas, contribuciones y en general tributos de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, sobre los seguros, tanto en el caso de las primas como de las indemnizaciones o beneficios por siniestros, estarán a cargo del Contratante, de los Beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

TRIGÉSIMO OCTAVA: DOMICILIO

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 declarado por el Contratante y/o el Asegurado. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del 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; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

TRIGÉSIMO NOVENA: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Es obligación del 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 del Asegurado 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 el Contratante, el Asegurado o los Beneficiarios, según corresponda, hubieran solicitado el beneficio o el cumplimiento de cualquier obligación derivada de esta póliza, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado y de toda obligación derivada de la misma, 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.

CUADRAGÉSIMA: 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 hubiere, 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.

CUDRAGÉSIMO PRIMERA: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la póliza solicitada por el Contratante, para que sea válida, deberá ser hecha por escrito por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de la Compañía.

Durante la vigencia 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 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.

CUADRAGÉSIMO SEGUNDA: CESIÓN DE DERECHOS

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base este contrato, deberá ser aprobada por escrito por la Compañía, la que lo hará constar en la misma póliza por medio de un endoso. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Contratante con terceros no tendrán ningún valor para la Compañía.

CUADRAGÉSIMO TERCERA: MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos de las obligaciones pactadas en el presente contrato, en la moneda prevista en las Condiciones Particulares. No procederá la modificación de la moneda indicada en las Condiciones Particulares, salvo por lo dispuesto a continuación.

También se deja claramente establecido que si la moneda prevista en las Condiciones Particulares del presente Contrato de Seguro, no fuese la de curso legal en el Perú, y como consecuencia de: (i) cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central de Reserva del Perú o (ii) por mandato de cualquier norma legal, o (iii) por cualquier otra razón ajena al control de la Compañía:

a. La Compañía, el Contratante, o el Asegurado no pudiera o no le estuviera permitido obtener la moneda extranjera en el mercado; o
b. Existiera impedimento de mantener las reservas o inversiones en moneda extranjera,

todas las obligaciones contractuales vigentes y pendientes de ser ejecutadas serán convertidas a moneda nacional utilizando el tipo de cambio determinado por la Compañía y basado en las condiciones de mercado, salvo que en los supuestos (i) o (ii) precedentes, la disposición del Banco Central o la norma legal, fijara la tasa de cambio aplicable. En cualquier circunstancia, el Contratante será notificado sobre la conversión a moneda nacional.