

**PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS**

R.U.C. N° 20332970411

Teléfono 513-5000

Av. Juan de Arona N° 830, San Isidro - Lima

**Solicitud de seguro N° \_\_\_\_\_**

**Seguro de desgravamen - Código SBS VI2007400135**

**1. Datos del contratante / asegurado:**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo de documento DNI  C.E.  Pasaporte  N° \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Nacionalidad: Peruana  Otra: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Conviviente

Teléfono 1 \_\_\_\_\_ Teléfono 2 \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Centro de Trabajo \_\_\_\_\_

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

a) Dirección Física (Particular o Comercial): \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Referencia: \_\_\_\_\_

b) Dirección electrónica (correo electrónico) \_\_\_\_\_

**N° de Solicitud del crédito ( En adelante el "CRÉDITO"):** \_\_\_\_\_

**Completar solo en caso de Seguro Mancomunado**

Nombres y Apellidos completos del Cónyuge Asegurado: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Nacionalidad: Peruana  Otra: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Se considerará como domicilio del Cónyuge Asegurado el mismo domicilio contractual del Asegurado Titular.

Cobertura del Saldo deudor por cada Asegurado: a) Al 100%

**2. Coberturas y sumas aseguradas:**

Coberturas	Definiciones y condiciones	Exclusiones
<b>Vida</b> (Muerte natural y muerte accidental)	Cobertura básica. Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.	a) Enfermedades o dolencias preexistentes; o, enfermedades congénitas. b) Suicidio, salvo para la cobertura de vida en caso el seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.
<b>Invalidez total y permanente por accidente</b>	Cobertura accesoria. Para los efectos de esta cobertura, <u>únicamente</u> se considera invalidez: a) Paraplejía o Cuadruplejía por fractura de la columna vertebral; b) descerebramiento que impida realizar trabajo alguno por el resto de su vida, c) pérdida total o funcional absoluta de: (i) la visión de ambos ojos, (ii) ambos brazos o ambas manos; (iii) ambas piernas o ambos pies; (iv) una mano y un pie.	c) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y habilitados por la autoridad competente del país. d) Participación activa en un acto tipificado como delito. e) Guerra, actividad y/o servicio militar o policial; actos de guerrilla, rebelión, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular.
<b>Invalidez total y permanente por enfermedad</b>	Cobertura accesoria. Disminución física o intelectual irreversible y definitiva, continua e ininterrumpida, igual o superior a los 2/3 de su capacidad de trabajo, reconocida por la Compañía utilizando los criterios establecidos para el Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. Periodo de Carencia: 6 meses.	f) Participación en los siguientes deportes: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas, como piloto o acompañante. g) Estado etílico (proporción mayor de 0.5 gramos – litro en sangre), salvo cuando el asegurado hubiere sido sujeto pasivo; o, uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes. h) La participación del Asegurado en actos temerarios, entendidos como aquellos que ponen notoriamente en peligro su vida e integridad física. Adicionalmente, se excluye la invalidez por accidente a consecuencia de "Accidentes Médicos", infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.

### Suma asegurada:

Saldo deudor del CRÉDITO concedido al Asegurado, existente al momento del fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se encuentre al día en sus pagos de conformidad con lo dispuesto en el acápite 4 de la presente Solicitud. El pago de cualquiera de estas coberturas antes indicadas determina la terminación de este seguro, respecto del Asegurado.

**El beneficiario de las coberturas otorgadas es la Entidad Financiera Comercializadora.**

### Edades Límite y Sumas Aseguradas Máximas

Coberturas	Edad Máxima de		Suma Asegurada Máxima (1) (2)
	Ingreso	Permanencia (3)	
Para las coberturas de Vida, Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.	Hasta 60 años y 364 días	75 años y 364 días	US\$ 800,000
	Hasta 65 años y 364 días	75 años y 364 días	US\$ 400,000
	Hasta 70 años y 364 días	75 años y 364 días	US\$ 250,000

(1) Monto Máximo al momento del desembolso.

(2) A partir de los 71 años, la Suma Asegurada Máxima para cualquiera de las coberturas indicadas será de US\$ 250,000.

(3) Edad máxima de Permanencia para cualquiera de los rangos es de 75 años y 364 días. A partir de los 76 años no hay cobertura de Seguro.

La suma asegurada máxima por persona aplica a todos los créditos asegurados que tenga una misma persona. Se solicitará Declaración de Salud y/o exámenes médicos en caso el(los) Crédito(s) en vigencia supere(n) los US\$ 200,000 y en otros casos en que se considere necesario.

### 3. Vigencia de la cobertura

**Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde que la Entidad Financiera Comercializadora efectúe el desembolso del CRÉDITO o reprogramación del mismo, previa aprobación de la Compañía sobre las condiciones de asegurabilidad, la cual se dará con la emisión de la póliza. Tratándose de Créditos que superen los US\$ 200,000, el Asegurado deberá suscribir el formato de Declaración de Salud y/o Exámenes Médicos que le sean requeridos.

**Fin de Vigencia:** Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; (ii) el Asegurado se encuentre al día en el pago de sus primas; (iii) el Asegurado no supere la Edad Límite de Permanencia antes indicada; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

### 4. Prima comercial

Crédito Hipotecario - Seguro Individual 0.027% aplicable al saldo deudor.

Crédito Hipotecario - Seguro Mancomunado 0.051% aplicable al saldo deudor.

Crédito Mivivienda - Seguro Individual 0.039% aplicable al saldo deudor.

Crédito Mivivienda – Seguro Mancomunado 0.070% aplicable al saldo deudor.

Las primas incluyen las comisiones por comercialización del seguro. Las primas no incluyen IGV. En la actualidad, las pólizas de vida están inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú. La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota del CRÉDITO, según el cronograma del mismo. La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguros por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. En todo caso, transcurridos 90 días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

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

### 5. Beneficiario del seguro:

El beneficiario de las coberturas del presente seguro es la Entidad Financiera Comercializadora. De determinarse la procedencia del pago de la cobertura de vida o invalidez total y permanente por accidente o enfermedad, la Compañía pagará a la Entidad Financiera Comercializadora, la suma asegurada que corresponda en un solo acto.

### 6. Declaraciones y autorizaciones del asegurado:

a) Declaro que las respuestas dadas a la presente solicitud están hechas bajo declaración jurada, son verídicas y completas, y es de mi conocimiento que cualquier declaración inexacta o reticente efectuada con dolo o culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguros. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta de circunstancias relevantes que no obedece a dolo o culpa inexcusable, PACÍFICO SEGUROS (en adelante la "Compañía") podrá informarme la revisión del seguro; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el contrato de seguro.

b) Por el presente, me comprometo a realizar las pruebas o exámenes médicos requeridos y/o adicionales que solicite la Compañía, incluyendo las del VIH/SIDA de ser el caso y autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros y otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o salud, para que pueda brindar cualquier información solicitada por la Compañía.

c) Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía está disponible en la página web de la Compañía ([www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe)) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP bajo Código SBS VI2007400135, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: ([www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)).

d) La Compañía podrá notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección física y/o electrónica proporcionada, la misma que constituirá mi domicilio contractual. Me comprometo a informar por escrito cualquier variación con por lo menos 15 días calendario de anticipación; en caso contrario, se considerarán válidas para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas al último correo electrónico informado. Asimismo, las comunicaciones podrán ser realizadas personalmente y/o a través de una llamada telefónica o cualquier otro medio, siendo válidas, en tanto la Compañía mantenga una constancia del envío de las mismas (cargo, grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación).

e) Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales). Por la presente cláusula PACÍFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO que, de acuerdo a la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS y las demás disposiciones complementarias, PACÍFICO SEGUROS está legalmente autorizada para tratar la información que EL CONTRATANTE entregue al momento de contratar la Póliza (en adelante la “Información”), con la finalidad de ejecutar la relación contractual que origina este contrato. Asimismo, PACÍFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO que, para dar cumplimiento a las obligaciones y/o requerimientos que se generen en virtud de las normas vigentes en el ordenamiento jurídico peruano, incluyendo pero sin limitarse a las vinculadas al sistema de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y normas prudenciales, PACÍFICO SEGUROS podrá dar tratamiento y eventualmente transferir su Información a autoridades y terceros autorizados por ley. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO, reconoce que estarán incluidos dentro de su Información todos aquellos datos, operaciones y referencias a los que PACÍFICO SEGUROS pudiera acceder en el curso normal de sus operaciones, ya sea por haber sido proporcionados por EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO o por terceros o por haber sido desarrollados por PACÍFICO SEGUROS tanto en forma física, oral o electrónica y que pudieran calificar como “Datos Personales” conforme a la legislación de la materia. En virtud de lo señalado anteriormente EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza expresamente a PACÍFICO SEGUROS a incorporar su Información al banco de datos personales de usuarios de responsabilidad de PACÍFICO SEGUROS para que este pueda almacenar, dar tratamiento, procesar y transferir su Información a sus subsidiarias, afiliadas y/o socios comerciales nacionales listados en la página web de PACÍFICO SEGUROS [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe) (las “Terceras Empresas”) conforme a los procedimientos que PACÍFICO SEGUROS determine en el marco de sus operaciones habituales, para efectos de los fines señalados en los párrafos anteriores.

Asimismo, EL CONTRATANTE / ASEGURADO - CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza a PACÍFICO SEGUROS a utilizar su Información a efectos de: (i) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquiera de los productos o servicios que PACÍFICO SEGUROS brinda, incluyendo pero sin estar limitado a seguros de riesgos generales (incluido SOAT), seguros de vida, de accidentes personales o de rentas vitalicias, (ii) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquier otra Póliza, producto o servicio de PACÍFICO SEGUROS o de las Terceras Empresas; y, (iii) Transferirla a las Terceras Empresas a efectos de que cada una de ellas pueda ofrecerle sus productos o servicios, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático.

EL CONTRATANTE / ASEGURADO - CONTRATANTE / ASEGURADO reconoce haber sido informado que su Información podrá ser conservada, tratada y transferida por PACÍFICO SEGUROS a las Terceras Empresas hasta diez años después de que finalice su relación contractual con PACÍFICO SEGUROS. EL CONTRATANTE / ASEGURADO - CONTRATANTE / ASEGURADO puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación; siempre que cumpla con

los requisitos exigidos por las normas aplicables, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público, a través de la página web de PACÍFICO SEGUROS ([www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe)) o por teléfono.

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

**f) Autorización para el envío de pólizas electrónicas:**

Declaro expresamente y de manera previa que estoy de acuerdo con que PACÍFICO SEGUROS me envíe por medio electrónico la póliza que he contratado y que:

He sido informado por PACÍFICO SEGUROS de la forma de envío de la póliza por el medio electrónico pactado y el procedimiento que se seguirá, con las ventajas y los posibles riesgos asociados y, asimismo, he tomado conocimiento de las medidas de seguridad que me corresponde aplicar.

La forma de envío de la póliza, sus modificaciones o renovaciones de ser el caso, será a mi correo electrónico, señalado en este documento. Para la confirmación de la póliza será suficiente la confirmación de la recepción de la póliza que efectúa el propio sistema de PACÍFICO SEGUROS cuando mi bandeja de entrada recibe el correo electrónico con la póliza de seguro, salvo que se demuestre que medió error respecto del envío de la comunicación.

La autenticidad e integridad de la póliza de seguro se dará con el envío en PDF donde constará la firma electrónica del representante legal de PACÍFICO SEGUROS.

Acepto

No Acepto

El beneficiario o los herederos del Asegurado deberán presentar la solicitud de cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro o a la fecha en la cual toman conocimiento de la existencia del beneficio, de forma escrita a través de cualquier oficina del Comercializador o directamente al domicilio físico de la Compañía, adjuntando el original o copia certificada notarialmente de la siguiente documentación, según se trate:

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

La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días de haber presentado la solicitud de seguro, si no media rechazo previo.

Derecho de Arrepentimiento. No aplica por ser un seguro asociado a la contratación de un crédito.



**Fecha de emisión**

--	--	--	--	--

**Agencia**

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

**Matrícula del vendedor**

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

Firma del Asegurado

--

Firma del Cónyuge Asegurado

--

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

ENTIDAD FINANCIERA COMERCIALIZADORA:  
BANCO DE CRÉDITO DEL PERÚ  
RUC: 20100047218 / Teléfono: 313-2000  
Fax: 313-2119  
Dirección: Calle Centenario N° 156 Urb. Las Laderas  
De Melgarejo, La Molina, Lima.