

## SOLICITUD DE SEGURO / SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL 3

### 1. DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO:

### 2. COBERTURA(S) Y SUMA ASEGURADA:

COBERTURA PRINCIPAL	DEFINICIONES Y CONDICIONES	EXCLUSIONES
Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas naturales o accidentales.	a) Lesiones que el Asegurado sufra en actos de guerra civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín. b) Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país, así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas. c) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva. d) Suicidio, intento de suicidio, automutilación o autolesión, salvo que, en caso de fallecimiento, la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.
COBERTURAS ADICIONALES	DEFINICIONES Y CONDICIONES	EXCLUSIONES
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Para los efectos de esta cobertura, únicamente se considera: a) Paraplejia o Cuadriplejia por fractura de columna vertebral; b) Descerebramiento que impida realizar trabajo alguno por el resto de su vida; c) Pérdida total o funcional absoluta de: (i) la visión de ambos ojos, (ii) ambos brazos o ambas manos; (iii) ambas piernas o ambos pies, (iv) una mano y un pie. Es condición necesaria que la invalidez se manifieste a más tardar dentro de los (2) años siguientes de producido un accidente durante la vigencia de la póliza. Se considera como accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también de los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.	Rigen las exclusiones establecidas para la cobertura de Vida
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Pérdida o disminución física o intelectual igual o superior a los 2/3 de su capacidad de trabajo, reconocida por la Compañía utilizando los criterios establecidos para el Sistema Privado de Pensiones.	

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

#### LÍMITE DE SUMA ASEGURADA SEGÚN RANGO DE EDAD:

Rango de Edad		Sumas Aseguradas Máximas		
		Cobertura Principal	Coberturas Adicionales	
Edad de Ingreso	Edad de Permanencia	Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Invalidez Total y Permanente Por Accidente	Invalidez Total y Permanente Por Enfermedad
Hasta los 84 años	85 y 364 días	S/ 100,000.00	S/ 100,000.00	S/ 100,000.00
Desde los 84 años y 1 día	Sin límite	S/ 3,000.00	No aplica	No aplica

#### 3. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

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

#### 4. PRIMA:

Monto de la prima:

- Para los Asegurados con edad de ingreso hasta los 84 años: 0.1200% sobre el saldo deudor.
- Para los Asegurados con edad de ingreso desde los 84 años y 1 día: 1.33% sobre el saldo deudor.

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

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

#### 5. BENEFICIARIO DEL SEGURO:

El beneficiario de la(s) cobertura(s) del presente seguro es el **BANCO DE LA NACIÓN**. De determinarse la procedencia del pago de la cobertura, la Compañía pagará al **BANCO DE LA NACIÓN**, la suma asegurada que corresponda en un solo acto.

#### 6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO:

- Declaro que las respuestas dadas a la presente solicitud están hechas bajo declaración jurada, son verídicas y completas, y es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad de circunstancias relevantes o declaración inexacta, dolosa o mediando culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguros. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta que obedece a dolo o culpa inexcusable, Pacífico Seguros (en adelante la "Compañía") podrá informarme la revisión del seguro; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones dará derecho a la Compañía a resolver el contrato de seguro.
- Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía está disponible 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 VI2007400218, 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)).

c) Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual. En caso no haya señalado en la presente solicitud una dirección electrónica, la referida comunicación deberá realizarse a mi dirección física por escrito. Asimismo, me comprometo a informar por escrito cualquier variación de mi dirección con por lo menos quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas para todo efecto legal las comunicaciones enviadas a la dirección electrónica o física original. Todas las comunicaciones entre las partes relacionadas al presente seguro deberán ser puestas en conocimiento del BANCO DE LA NACIÓN, en su calidad de beneficiario y comercializador del seguro.

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

Para la correcta ejecución de la relación contractual, EL CONTRATANTE / ASEGURADO (“EL CLIENTE”) se obliga a mantener actualizada su información personal, financiera y crediticia (“LA INFORMACIÓN”) y reconoce que PACÍFICO SEGUROS podrá tratarla, actualizarla, completarla y realizar flujos transfronterizos conforme a ley.

PACÍFICO SEGUROS conservará, tratará y realizará flujos transfronterizos con LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato.

Para el tratamiento de La INFORMACIÓN de EL CLIENTE, PACÍFICO SEGUROS utilizará diversos Encargados ubicados en el Perú y el extranjero, los cuales se han puesto a disposición 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.º 774, de titularidad de PACÍFICO SEGUROS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú.

EL CLIENTE puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público o por teléfono o a través del Chat ubicado en nuestra página web [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe).

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

e) La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de quince (15) días calendario de haberse presentado la solicitud de seguro con todos los requisitos solicitados por la Compañía, si no media rechazo previo. Para estos efectos autorizo a la Compañía a que realice la entrega de la póliza, indistintamente, en la dirección física elegida o en mi dirección electrónica y declaro expresamente: (i) haber sido informado sobre la forma, procedimiento, ventajas y posibles riesgos asociados al envío de la póliza por medios electrónicos; (ii) tener conocimiento sobre las medidas de seguridad que me corresponde aplicar; (iii) conocer que se confirmará la recepción de la póliza a través de un sistema informático que verifica si el correo electrónico enviado llegó a la bandeja de entrada de mi dirección electrónica; y (iv) aceptar que, a efectos de garantizar la autenticidad e integridad de la póliza, esta contará con la firma electrónica del representante de la Compañía y será enviada, con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado al cual podré acceder digitando el número de mi Documento de Identidad.

La Compañía es la única y exclusiva responsable por el cumplimiento íntegro de las estipulaciones del presente seguro y es responsable frente al Asegurado de todos los errores u omisiones en que incurra el **BANCO DE LA NACIÓN** con motivo de la comercialización del mismo. Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al **BANCO DE LA NACIÓN**, 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 al **BANCO DE LA NACIÓN**, se consideran abonados a la Compañía.

---

Fecha de Emisión

---

Firma del Asegurado

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