

SOLICITUD/CERTIFICADO N°
SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA N° 0049124
(Código SBS N° VI2007410101)

1. DATOS DEL ASEGURADO:

Tipo de Documento: DNI CE Pasaporte N°:

Nombres y Apellidos completos: _____

Sexo: M F Nacionalidad: Peruana Otra: _____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Ocupación: _____

Centro de Trabajo: _____

Domicilio Contractual: El domicilio contractual será, indistintamente, la dirección física y la dirección electrónica (correo), que se señalan a continuación:

a) Dirección Electrónica (Correo electrónico): _____

b) Dirección Física: Jr. _____ Av. _____ Calle _____ Otros _____ Nombre de la Vía: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Referencia: _____

Relación con el Contratante: Cliente titular de un crédito.

N° de Solicitud de Crédito (En adelante el "CRÉDITO"): _____

Donde se mencione "la Compañía" se entenderá que se refiere a Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros.

2. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

COBERTURAS	DEFINICIONES Y CONDICIONES	SUMA ASEGURADA	EXCLUSIONES
Vida	Cobertura básica: cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.	Monto equivalente a la suma del CRÉDITO financiado por el CONTRATANTE, hasta un máximo de S/ 900,000 o su equivalente en dólares. El pago de cualquiera de estas coberturas determina la terminación de este seguro.	a) Enfermedad o dolencias preexistentes a la fecha de afiliación al seguro; o, enfermedades congénitas. b) suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que la afiliación al seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años. c) Accidentes aéreos, excepto como pasajero de vuelo comercial sobre ruta sujeta a itinerario regular. d) Participación activa en acto delictuoso. e) Guerra declarada o no, actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole; actos de guerrilla, rebelión, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular. f) Práctica o participación en los siguientes deportes: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas, como piloto o acompañante. g) Estado etílico, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos - litro, o uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes. h) La participación del asegurado en actos temerarios, entendidos como aquellos actos o actividades que pongan en grave peligro su vida e integridad física.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Cobertura adicional: para los efectos de esta cobertura, <u>únicamente</u> se considera invalidez: Paraplejía o Cuadriplejía por fractura de la columna vertebral; a) Fractura incurable de la columna vertebral; b) descerebramiento que impida realizar trabajo alguno por el resto de su vida, c) pérdida total o funcional absoluta de: (i) la visión de ambos ojos, (ii) ambos brazos o ambas manos; (iii) ambas piernas o ambos pies; (iv) una mano y un pie.		
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad (diagnosticada con posterioridad a los 6 meses de inicio de vigencia de la cobertura del seguro)	Cobertura adicional: Disminución física o intelectual, continua e interrumpida durante más de 6 meses (Periodo de Observación), igual o superior a los 2/3 de su capacidad de trabajo, reconocida por la Compañía utilizando los criterios establecidos para el Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. Se cubrirá la enfermedad diagnosticada con posterioridad al Periodo de Carencia.		

SUMA ASEGURADA: Equivale al saldo deudor del CRÉDITO concedido al Asegurado, existente al momento del fallecimiento o configuración de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, según el cronograma de pagos original del CRÉDITO hasta el límite máximo de cobertura, siempre que se hubiese realizado el pago de la prima única de conformidad con lo dispuesto en el acápite 4 del presente certificado. **Se deja constancia que el saldo deudor solo incluye la deuda principal, es decir el saldo del capital sin considerar intereses, según cronograma original de pagos. El pago de cualquiera de estas coberturas determina la terminación de este seguro, respecto al Asegurado. El beneficiario de las coberturas otorgadas es el contratante.**

Límite de Suma Asegurada

"Edad límite de ingreso: 71 años, 11 meses y 29 días
Edad límite de permanencia: 75 años, 11 meses y 29 días"

En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente por accidente o enfermedad del Asegurado durante la vigencia establecida, la Compañía pagará a la Entidad Financiera el saldo deudor, que no esté en situación de vencido, existente al momento del fallecimiento o configuración de la invalidez total y permanente, hasta un límite máximo de S/ 900,000 para todos los Créditos de una misma persona. Se solicitará Declaración de Salud y/o exámenes médicos en caso el (los) Créditos(s) en vigencia supere(n) los S/ 10,000 y en otros casos en que se considere necesario. Para dichos casos la cobertura estará supeditada a la aprobación expresa de la Compañía.

3. DEFINICIONES:

Accidente: Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externo y de modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión relevadas por los exámenes correspondientes. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, accidente cerebro vascular, dolores de espalda crónicos, desvanecimiento o sonambulismo que sufra el Asegurado.**

Descerebramiento: Ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.

Enfermedad o dolencia preexistente: Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.

4. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia a la firma del presente documento, en tanto no supere la edad máxima de ingreso y siempre que (i) el Contratante hubiere efectuado el desembolso del CRÉDITO y (ii) el Asegurado haya cumplido con pagar la prima única. Sin embargo, tratándose de créditos que superen los S/ 10,000, el inicio de vigencia quedará sujeto a que la Compañía revise la Declaración de Salud presentada por el Asegurado y dé su conformidad por escrito, la cual deberá ser notificada dentro de los 15 días siguientes a la presentación de la solicitud.
- **Fin de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro finalizarán a las 23:59 horas del último día de la vigencia original del CRÉDITO. Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el plazo original del CRÉDITO asegurado; (ii) el Asegurado hubiera realizado el pago de la prima única; (iii) el Asegurado no supere la Edad Límite de Permanencia por cobertura; y (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.
- Se deja expresa constancia que, en caso la cobertura del seguro se resolviese o extinguiese antes finalizada la vigencia original del Crédito Asociado, la Compañía devolverá al Asegurado según el avance del crédito conforme a los porcentajes establecidos en la siguiente tabla:

% Tiempo transcurrido	Hasta 360 días	Mayor a 360 días
Desde 0% hasta 5%	74%	85%
Desde 5% hasta 10%	69%	75%
Desde 10% hasta 20%	52%	62%
Desde 20% hasta 30%	43%	46%
Desde 30% hasta 40%	29%	35%
Desde 40% hasta 50%	22%	24%
Desde 50% hasta 60%	13%	16%
Desde 60% hasta 70%	6%	8%
Desde 70% hasta 80%	3%	3%
Desde 80% hasta 100%	0%	0%

Para estos efectos, la compañía procederá con la devolución correspondiente dentro un plazo máximo de 30 días contados a partir de la pre-cancelación o terminación anticipada del crédito. En caso la resolución sea efectuada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte del Asegurado, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente dentro de un plazo máximo de (30) días calendarios contados a partir de la fecha de resolución.

5. PRIMA ÚNICA:

La prima única será pagada en su integridad por el Asegurado, a través del Contratante, al momento del desembolso.

Las tasas varían según la duración del préstamo y son aplicables al monto del CRÉDITO desembolsado de acuerdo al siguiente cuadro:

Duración	Tasa por ciento	Duración	Tasa por ciento	Duración	Tasa por ciento
Hasta 6 meses	0.381290%	De 43 a 48 meses	2.569438%	De 85 a 90 meses	4.722550%
De 7 a 12 meses	0.761520%	De 49 a 54 meses	2.882249%	De 91 a 96 meses	5.023310%
De 13 a 18 meses	1.091465%	De 55 a 60 meses	3.193309%	De 97 a 120 meses	6.209355%
De 19 a 24 meses	1.375253%	De 61 a 66 meses	3.502721%	De 121 a 144 meses	7.369341%
De 25 a 30 meses	1.651230%	De 67 a 72 meses	3.810279%	De 145 a 168 meses	8.504195%
De 31 a 36 meses	1.975785%	De 73 a 78 meses	4.116086%	De 169 a 180 meses	9.062352%
De 37 a 42 meses	2.254670%	De 79 a 84 meses	4.420245%		

Comisión de Comercialización: 0.73%

Las primas no incluyen el 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.

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

La prima única incluye la comisión por comercialización del seguro. Las primas únicas serán cobradas al Asegurado al momento del desembolso del Crédito Asegurado y serán pagadas por el Contratante a la Compañía.

6. RELACIÓN DE CLÁUSULAS ADICIONALES

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

7. RENOVACIÓN Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

La póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado tiene una vigencia anual renovable automáticamente en las mismas condiciones, salvo la compañía comunique las modificaciones con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. **El contratante tendrá un plazo de 30 días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la compañía.**

Sin embargo, se deja expresa constancia que las modificaciones efectuadas al seguro no serán aplicables a las coberturas otorgadas con anterioridad.

8. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La póliza en virtud de la cual se emite el presente seguro podrá resolverse por solicitud del Contratante sin expresión de causa quedando sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente de notificada dicha decisión a la Compañía, y, se extinguirá al finalizar el periodo de vigencia anual de la póliza o de sus renovaciones en caso cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla. Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados. El Contratante deberá informar la resolución o extinción de la póliza a los Asegurados.

Adicionalmente, este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado en los siguientes supuestos: (i) Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión de la Solicitud-Certificado efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable. (ii) Por la presentación de una solicitud de Cobertura Fraudulenta, y, (iii) Por solicitud de desafiliación presentada por el Asegurado, la cual podrá efectuarse en cualquier momento y sin expresión de causa a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la afiliación al seguro y con por lo menos treinta (30) días de anticipación. En caso el

Asegurado ejerza esta opción a través de una comunicación escrita, deberá acompañar a la comunicación copia simple de su Documento de Identidad. Se deja constancia que es responsabilidad del Asegurado dar aviso previo a la Entidad Financiera Comercializadora y que tiene conocimiento de los efectos de su decisión sobre el Crédito Asegurado.

Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado (i) Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso se podrá presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en el presente seguro; (ii) Cuando el Asegurado supere la Edad Límite de Permanencia aplicable a la cobertura principal del presente seguro, indicada en el acápite 2 del presente Certificado; y, (iii) Cuando se produzca la cancelación del CRÉDITO o el término de su plazo.

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

Se deja expresa constancia que, en caso la cobertura del seguro se resolviese o extinguiese antes finalizada la vigencia original del crédito Asociado, la Compañía devolverá al Asegurado según el avance del crédito conforme a los porcentajes establecidos en la lógica de la tabla del punto 4.

Para estos efectos, la compañía procederá con la devolución correspondiente dentro un plazo máximo de 30 días contados a partir de la pre-cancelación o terminación anticipada del crédito. En caso la resolución sea efectuada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte del Asegurado, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente dentro de un plazo máximo de (30) días calendarios contados a partir de la fecha de resolución.

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: (i) Si al momento de la contratación del seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro. (ii) Si se comprobare que el Asegurado superaba la Edad Límite de Ingreso a la fecha de adquisición el seguro. (iii) En ausencia de interés asegurable al tiempo de la afiliación al seguro, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro. (iv) Si al tiempo de la afiliación al seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales (ii), (iii) o (iv) antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, sin intereses. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del seguro a título indemnizatorio.

9. PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA (AVISO DE SINIESTROS)

El Beneficiario deberá informar por escrito a la Compañía la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro o a la fecha en la cual toma conocimiento de la existencia del beneficio. Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial de la siguiente documentación, según se trate de:

Muerte Natural:	Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:
(1) Partida de Defunción o Acta de Defunción. (2) Certificado médico de defunción completo. (3) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (4) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (5) Confirmación formal de saldos y cronogramas por parte del Contratante.	(1) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (COMAFP o COMEC), que indique el porcentaje de invalidez según las Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP. (2) Historia Clínica Completa, foliada y fedateada.
Muerte Accidental:	Invalidez Total y Permanente por Accidente:
(1) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (2) Atestado o informe Policial completo o Carpeta Fiscal. (3) Resultado del examen de dosaje etílico, según corresponda. (4) Resultado del examen toxicológico, según corresponda. (5) Confirmación formal de saldos y cronograma de pagos. (6) Partida de defunción o acta de defunción. (7) Certificado médico de defunción completo. (8) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (9) Protocolo de Necropsia Completo, según corresponda.	(1) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (2) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal. (3) Resultado del examen de dosaje etílico, según corresponda. (4) Resultado del examen toxicológico, según corresponda. (5) Confirmación formal de saldos y cronograma de pagos.

Dentro de los 30 días siguientes a la recepción de toda la documentación exigida o del Periodo de Observación, en caso de corresponder, la Compañía determinará si la solicitud de cobertura es procedente. En los primeros 20 días del plazo antes señalado, la compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculados al siniestro que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes. Ante el rechazo de la solicitud de cobertura, el Asegurado o el Beneficiario podrán acudir a la Defensoría del Asegurado, al Indecopi o al Poder Judicial, Asimismo, podrán solicitar orientación en Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

10. CONSULTAS O RECLAMOS

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

11. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario 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.

12. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO:

1. Declaro que las respuestas dadas a la presente solicitud están hechas bajo declaración jurada, son verídicas y completas, y es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad de circunstancias relevantes o declaración inexacta, dolosa o mediando culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato de seguro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguros. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable, la Compañía podrá informarme la revisión del seguro; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el seguro.
2. Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía está disponible en la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007410101 el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución (www.sbs.gob.pe). Asimismo, declaro conocer que los derechos de resolución, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de vida temporal.
3. Por la presente, me comprometo a realizar las pruebas o exámenes médicos requeridos y/o adicionales que solicite la Compañía, incluyendo las del VIH/SIDA de ser el caso y autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros y otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o salud, para que pueda brindar cualquier información solicitada por la Compañía.
4. Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica proporcionada al Contratante, la misma que constituirá mi domicilio contractual. Me comprometo a informar por escrito cualquier variación con por lo menos 15 días de anticipación; caso contrario se considerarán como 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 y otro medio que acredite la comunicación) salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.
5. Consentimiento (Ley 29733 – Protección de datos personales)
5.1 Por la presente cláusula PACIFICO 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, PACIFICO SEGUROS está legalmente autorizada para tratar la información que EL CONTRATANTE le entregue al momento de contratar la Póliza, (en adelante la información) con la finalidad de ejecutar la relación contractual que origina este contrato. Asimismo, PACIFICO 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, PACIFICO 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 (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.

5.2 Asimismo, EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza a PACÍFICO SEGUROS a utilizar su información a efectos de: (i) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquiera de los productos o servicios que PACIFICO SEGUROS brinda, incluyendo pero sin estar limitado a seguros de riesgos generales incluidos los de accidente personales y 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 PACIFICO 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.

5.3 EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO reconoce haber sido informado que su información podrá ser conservada, tratada y transferida por PACIFICO SEGUROS a las Terceras Empresas hasta diez años después de que finalice su relación contractual con PACIFICO 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, o por teléfono.

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

Mediante la firma del presente documento, acepto afiliarme a la Póliza Grupal "Seguro de Desgravamen" N° 0049124 emitida por la Compañía y contratada por Empresa MIBANCO (en adelante la Entidad Financiera), por lo que declaro conocer que me encuentro protegido dentro de los límites de las coberturas y exclusiones indicadas líneas arriba. Si bien la Compañía debe de entregar los certificados de seguro, dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber presentado la respectiva solicitud de seguro, si no media rechazo previo de la misma, **a la firma del presente documento, declaro haber recibido el certificado de seguro y la solicitud en un solo formato, así como también el Resumen Informativo.**

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro a la Entidad Financiera o a la Compañía, la que le será proporcionada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio. La Compañía es responsable frente al Asegurado por la cobertura contratada, así como por todos los errores y omisiones en que incurra el Contratante con motivo de la comercialización del presente seguro. 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° 8181-2012 y sus normas modificatorias. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Asegurado o el Beneficiario al Contratante con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Mediante la firma escrita o electrónica del presente documento, acepto afiliarme a la Póliza Grupal "Seguro de Desgravamen" N° 0049124 emitida por la Compañía y contratada por MIBANCO (en adelante la Entidad Financiera), por lo que declaro conocer que me encuentro protegido dentro de los límites de las coberturas y exclusiones indicadas líneas arriba. En caso de venta presencial, si bien la Compañía debe entregar los certificados de seguro, dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber presentado la respectiva solicitud de seguro, si no media rechazo previo

de la misma, **a la firma del presente documento, declaro haber recibido el Certificado de Seguro y la Solicitud en un solo formato.** En caso de venta a través de medios de comercialización a distancia, autorizo a la Compañía a que realice la entrega del certificado de seguro, indistintamente, en la dirección física o en mi dirección electrónica y declaro expresamente: (i) haber sido informado sobre la forma, procedimiento, ventajas y posibles riesgos asociados al envío del certificado por medios electrónicos; (ii) tener conocimiento sobre las medidas de seguridad que me corresponde aplicar; (iii) conocer que se confirmará la recepción del certificado a través de un sistema informático que verifica si el correo electrónico enviado llegó a la bandeja de entrada de mi dirección electrónica; y, (iv) aceptar que, a efectos de garantizar la autenticidad e integridad del certificado, éste 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.

Fecha de emisión

Hora:

Oficina

Matrícula del vendedor

Firma del Asegurado:



FUNCIONARIO
César Rivera Wilson



FUNCIONARIO
Ángel Armijo Hidalgo

COMPAÑÍA DE SEGUROS:

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros
RUC 20332970411 / Teléfono: 513-5000 /
Fax: 518-4569
Av. Juan de Arona N° 830 Piso 5, San Isidro

CONTRATANTE:

MIBANCO-BANCO DE LA MICROEMPRESA S.A.
RUC 20382036655/Teléfono: 319-9999
Av. Domingo Orué 165, Surquillo, Lima

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE
"SEGURO DE DESGRAVAMEN PRIMA ÚNICA"
RESUMEN

1. ¿Cuáles son las condiciones de acceso y límites de permanencia del seguro?

Podrán acceder al seguro aquellas personas que no superen la "Edad Límite de Ingreso" indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurados, en caso de renovación anual, sólo hasta alcanzar la mayor de las "Edades Límite de Permanencia" indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. ¿Qué riesgos cubre?

Cubre el fallecimiento del Asegurado, sea en territorio nacional o internacional, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza. Asimismo, otorga al Asegurado las siguientes coberturas adicionales: a) Invalidez Total y Permanente por Accidente. b) Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

3. ¿Cuáles son las Exclusiones?

Se detallan en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales y en las Cláusulas Tercera y Cuarta de las respectivas Cláusulas Adicionales. Si el siniestro se produjera como consecuencia de alguno de dichos supuestos no se otorgará la cobertura del seguro.

4. ¿Cuál es el lugar y forma de pago de la prima?

El pago de la prima única (prima comercial) a cargo del Asegurado se realiza de manera virtual al momento del desembolso del Crédito Asegurado. La prima colectiva es pagada por el Contratante, de acuerdo a lo establecido en el acápite 3 de las Condiciones Particulares

El domicilio físico de la Compañía dentro de los 7 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. Para mayor información podrá comunicarse a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000 o ingresar a nuestra página web www.pacifico.com.pe. El procedimiento y los requisitos se encuentran previstos en la Cláusula Vigésima de las Condiciones Generales. Sin perjuicio del plazo, los Beneficiarios podrán solicitar la cobertura dentro del plazo legal de prescripción establecido. 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; sin embargo, se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro. 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: Arias Aragüez 146, San Antonio Miraflores, Lima Perú

Telefax: 446-9158

Además, podrá recurrir al INDECOPÍ o al mecanismo de solución de controversias establecido en la póliza.

5. ¿Cuál es el procedimiento para efectuar modificaciones a las condiciones de la póliza?

Durante la vigencia anual de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de 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. Sin perjuicio de ello, en las renovaciones de la póliza se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Décima de las Condiciones Generales. Una vez renovada la póliza en iguales o distintas condiciones, se procederá conforme a lo establecido en el párrafo anterior, procediéndose del mismo modo en cada periodo de renovación siguiente, mientras el contrato de seguro se mantenga vigente.

6. ¿Cuáles son las causales de terminación de la cobertura?

Se encuentran establecidas en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales. Asimismo, el Contratante podrá resolver el contrato de seguro en cualquier momento y sin expresión de causa, comunicando su decisión a la Compañía con 30 días de anticipación, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales.

7. ¿Cuál es el procedimiento, lugares autorizados, medio y plazo para presentar una Solicitud de Cobertura?

La Solicitud de Cobertura deberá presentarse por escrito en cualquier agencia del Contratante o Adicionalmente, podrá solicitar orientación en la Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

8. ¿Cuál es el mecanismo de solución de controversias?

Se encuentra previsto en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales y en la Cláusula Adicional de "Mecanismo de Solución de

Controversias Aplicables".

9. ¿Consultas y/o Reclamos?

Puede presentar sus consultas y/o reclamos: Verbalmente, acercándose a cualquier agencia del Contratante; o, a las oficinas de Atención al Cliente ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro; o, llamando a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000. Por escrito, a través de: un correo electrónico a servicioalcliente@pacificovida.com.pe; una carta enviada a nuestras oficinas dirigida a Atención al Cliente ; o desde nuestra página web www.pacifico.com.pe. Además, podrá acudir al INDECOPI ubicado en Calle de la Prosa N° 104, San Borja o al teléfono 2247800; Plataforma de Atención al Usuario de la SBS, ubicada en Jirón Junín 270, Lima o al teléfono 0800-10840; o, recurrir al mecanismo de solución de controversias.