

Solicitud/Certificado N°
Seguro de Desgravamen - Póliza N° 4361
(Código SBS N° Vi2007410078 / Vi2007410077)

1. Datos del Asegurado

Tipo de documento	DNI <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	N°			
Apellido paterno				Apellido materno	Nombres		
Teléfono 1				Teléfono 2			
Ocupación				Centro de Trabajo			

Edad máxima de ingreso: Al momento de su afiliación el Asegurado no deberá superar los 75 años de edad.

Si por error u omisión el Asegurado continúa pagando las primas del seguro estando por encima de los límites de edad y suma asegurada establecidos anteriormente, Pacífico Seguros queda obligada únicamente a reintegrar el importe de la prima o primas pagadas luego de dichos límites.

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

Dirección electrónica (correo electrónico)

Dirección física: Jr./Av./Calle	Nombre de Jr./Av./Calle	N°	Mz./Lt.	Dpto./Piso/Int.	Nombre de Urb./Ind./Res./Un. Vec.	Sec./Etapa/Zona
Distrito	Provincia	Departamento				
Referencia						

Relación con el Contratante: Cliente titular de una Tarjeta de Crédito.

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

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

Coberturas	Definiciones y condiciones	Exclusiones
Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.	<p>a) Enfermedad o dolencia preexistente a la afiliación al seguro.</p> <p>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.</p> <p>c) Accidentes aéreos, excepto como pasajero de vuelo comercial sobre ruta sujeta al itinerario regular.</p> <p>d) Guerra declarada o no.</p> <p>e) Participación activa en acto delictuoso, guerra, servicio militar o policial de cualquier índole; actos de guerrilla, rebelión, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular.</p> <p>f) Participación en los siguientes deportes: inmersión submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas (como piloto o acompañante).</p> <p>g) SIDA/HIV.</p> <p>h) Estado etílico, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos – litro, o uso de drogas y/o estupefacientes. Salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su deceso.</p> <p>i) La participación del Asegurado en actos temerarios o en actividades que pongan en grave peligro su vida e integridad física.</p> <p>j) Adicionalmente se excluye la invalidez total y permanente por accidente a consecuencia de menoscabos físicos preexistentes o "accidentes médicos" tales como apoplejía, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos u análogos.</p>
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Para los efectos de esta cobertura, únicamente se considera invalidez: a) fractura incurable de la columna vertebral; b) descerebramiento que impida realizar trabajo alguno por el resto de su vida, c) pérdida total o funcional absoluta de: (i) la visión de ambos ojos, (ii) ambos brazos o ambas manos; (iii) ambas piernas o ambos pies; (iv) una mano y un pie.	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Disminución física o intelectual, continua e interrumpida durante más de 6 meses, 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. Periodo de carencia: 6 meses contados a partir del desembolso del crédito. Se cubrirá la enfermedad diagnosticada con posterioridad a los 6 meses de inicio de vigencia de la cobertura del seguro.	

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 del presente Certificado. **El pago de cualquiera de estas coberturas determina la finalización de este seguro, respecto del Asegurado.**

Límite de Suma Asegurada

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 US\$100,000 (Cien mil y 00/100 Dólares Americanos) para todos los créditos de una misma persona.

Vigencia:

Inicio de vigencia: La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde que el Contratante **active la Tarjeta de Crédito.**

Fin de vigencia: Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente la póliza del presente seguro; (ii) se encuentre vigente la Tarjeta de Crédito del Asegurado; (iii) el Asegurado se encuentre al día en el pago de sus primas y no se encuentre suspendida la cobertura; (iii) el Asegurado no supere los 75 años de edad; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

Tarjeta de Crédito

Costo mensual

Visa Light BCP	S/ 5.00
Visa Clásica 1800 BCP	S/ 5.00
Visa Clásica 1000 BCP	S/ 5.00
Visa Clásica BCP LATAM Pass	S/ 5.00
Visa Oro BCP	S/ 5.50
Visa Oro BCP LATAM Pass	S/ 5.50
Visa Platinum BCP	S/ 6.00
Visa Platinum BCP LATAM Pass	S/ 6.00
Visa Signature BCP LATAM Pass	S/ 6.00
Visa Infinite BCP LATAM Pass	S/ 6.00
American Express Clásica BCP LATAM Pass	S/ 5.00
American Express Gold BCP LATAM Pass	S/ 5.50
American Express Platinum BCP LATAM Pass	S/ 6.00
American Express Black BCP LATAM Pass	S/ 6.00

La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota de la Tarjeta de Crédito, según el cronograma de la misma. Los pagos efectuados por el Asegurado a la Entidad Financiera se consideran abonados a la Compañía. 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 2° 1 de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. En todo caso, transcurridos noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

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.

Beneficiario del seguro:

El beneficiario de las coberturas del presente seguro es la Entidad Financiera (Contratante). De determinarse la procedencia del pago de la cobertura de vida o invalidez, la Compañía pagará a la Entidad Financiera la suma asegurada que corresponda en un solo acto.

Relación de cláusulas adicionales:

Cláusula Adicional de Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Accidentes y Cláusula Adicional de Beneficio por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

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 el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007410077 (Nuevos Soles) VI2007410078 (Dólares Americanos), el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe). En particular declaro conocer que el seguro se renovará anual y automáticamente, en las mismas condiciones, salvo que la Compañía informe las modificaciones por lo menos con 45 días de anticipación. Como Asegurado dispondré de 30 días para manifestar mi rechazo, en caso contrario se entenderán aceptadas las nuevas condiciones. No procederá la renovación automática de la cobertura en caso rechace las modificaciones propuestas dentro del plazo antes indicado o manifieste mi intención de no renovarlo. Asimismo, declaro conocer que los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de vida temporal.

3. Por la presente, me comprometo a realizar las pruebas o exámenes médicos requeridos y/o adicionales que solicite la Compañía, incluyendo las del VIH/SIDA de ser el

caso y autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registro de mi persona o salud, para que pueda brindar cualquier información solicitada por la Compañía.

4. Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales: Declaro conocer que la información del presente documento, se incluirá en los sistemas y base de datos de la Compañía, quien podrá registrarlos y utilizarlos para la ejecución del contrato del seguro. Mediante la firma de la presente solicitud, autorizo expresamente a la Compañía a ofrecer sus productos y servicios a través de a) llamadas telefónicas; b) mensajes de texto y c) correos electrónicos, a los números telefónicos (fijo/celular) y direcciones de correo electrónico indicados en la presente solicitud.

5. Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica proporcionada al BANCO, la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome 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 a la dirección electrónica original.

Derecho de Arrepentimiento: Dentro de los 15 días siguientes a la entrega del Certificado, el Asegurado tendrá la facultad de dejar sin efecto el seguro, sin expresión de causa, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida.

Mediante la firma del presente documento, acepto afiliarme a la Póliza Grupal “Seguro de Desgravamen” N° 4361 emitida por la Compañía y contratada por el Banco de Crédito del Perú (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 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. Asimismo, la suscripción del presente documento, manifiesta mi voluntad de someter a un arbitraje de derecho cualquier controversia relacionada con el seguro que se solicita y que supere el límite económico que establezca la SBS. Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido.

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 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 con motivo de la comercialización del mismo. Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Contratante, 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 Contratante, se consideran abonados a La Compañía.

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

Fecha de emisión

--	--	--	--

Agencia

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

Matrícula del Vendedor

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

Firma del Asegurado

SEGURO NO OBLIGATORIO

César Rivera
Funcionario
PACÍFICO SEGUROS

Ángel Armijo
Funcionario
PACÍFICO SEGUROS

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

CONTRATANTE:
BANCO DE CRÉDITO BCP
RUC: 20100047218 / Teléfono: 313-2000
Fax: 313-2119
Dirección:
Av. Centenario N° 156 Urb Las Laderas, La Molina, Lima.