



## Suma asegurada, Coberturas y condiciones

De acuerdo al plan elegido, si el asegurado fallece por accidente, los beneficiarios recibirán la suma de asegurada contratada. Si la póliza se mantiene vigente por 12 años, la Compañía devolverá al Contratante las primas netas de IGV según el porcentaje contratado.

**Límite de ingreso** al seguro es hasta los 60 años. El límite de permanencia es hasta los 72 años.

**Principales Exclusiones:** Este seguro no cubrirá el fallecimiento a consecuencia de: (a) guerra; (b) actividad y/o servicio militar o policial; (c) participación en acto delictuoso o en actos de guerrilla, rebelión o huelga como sujeto activo; (d) estado de ebriedad o drogadicción; (e) suicidio; (f) contaminación radioactiva; (g) actividad o deporte riesgoso; (h) muerte provocada por acto ilícito del Beneficiario y/o Contratante (en caso de ser persona distinta); (i) enfermedad de cualquier naturaleza; (j) actos temerarios; (k) viajes en líneas aéreas no comerciales o en rutas no regulares; (l) tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos; (m) infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos, o el denominado "accidente cerebro-vascular". (El detalle de las exclusiones figura en la póliza que recibirá el Contratante).

**Importante:** La compañía es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas. La compañía es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el BCP en la comercialización de los seguros. En caso de banca seguros 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 Contratante y/o Asegurado o sus beneficiarios al BCP con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

## Declaración Jurada de salud y actividades del asegurado

	SÍ	NO
1. ¿Padece de alguna enfermedad física o mental, dolencia o impedimento o afectación física?		
2. ¿Es usted portador y/o ha sido diagnosticado y/o padecido de VIH/SIDA, aneurisma, arritmia cardíaca, bocio tóxico (hipertiroidismo), cáncer, cardiomiopatías, diabetes mellitus, dolencia cerebro-vascular, dolencia hipertensiva, dolencia isquémica y/o reumática crónica del corazón, dolencia mental de todas las especies, encefalitis, esclerosis múltiple, hepatitis vírica, insuficiencia cardíaca, inflamación renal, neoplasia (tumor), sífilis, tuberculosis, cirrosis, insuficiencia renal; o, se encuentra a la espera del resultado de algún examen médico?		
3. ¿Consume algún tipo de droga no prescrita o ha sido sometido a tratamiento por drogadicción o alcoholismo?		
4. ¿Realiza alguna de las actividades no asegurables indicadas en la presente solicitud?		

## Declaraciones y autorizaciones del asegurado:

- **Declaro conocer que no son asegurables bajo este seguro:** (a) fiscales, jueces o vocales, (b) cargos políticos (alcaldes, regidores, congresistas, etc.), (c) guardaespaldas, vigilante, (d) pasajero de líneas aéreas no regulares, piloto, tripulante, (e) chofer de taxi o transporte urbano, (f) transportista de líquidos inflamables o sustancias corrosivas, (g) obrero de construcción, (h) minero de socavón, (i) operador de grandes máquinas de obra, (j) trabajo en altura, (k) bombero, (l) trapealista, (m) electricista, (n) manipulación de explosivos, (o) tripulante de embarcaciones, (p) policías, militares, (q) trabajo en horno, soldador, (r) jockey, (s) salvavidas, (t) trabajo en plataformas petrolíferas, (u) uso de moto como medio de trabajo (mensajeros, mototaxistas, despachadores), (v) corresponsal de guerra, (w) venta de joyas en forma ambulatoria, (x) cambista ambulatorio, (y) transporte de dinero, (z) personas que se dedican habitualmente a la práctica de automovilismo, motociclismo, motocross, parapente, ala delta, alpinismo, andinismo, montañismo, boxeo, taekwondo, motonáutica, buceo, esquí acrobático, equitación, caza, toreo, puenting, sky surf o paracaidismo.
- 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 con 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 me informará la revisión del contrato; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el contrato de seguro.
- Declaro haber sido debidamente informado del seguro, las condiciones generales y cláusulas adicionales de manera previa a la contratación del seguro.
- 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 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, 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 y/o normas internacionales que le sean aplicables, 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 éste 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.

- Reconozco que no habrá contrato de seguro a menos que la Compañía acepte la presente solicitud y se emita la póliza correspondiente. La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la presente solicitud, 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 correo electrónico 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, ésta 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.
- Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través del correo electrónico proporcionado, salvo que en la Ley del Contrato de Seguro se establezca que la comunicación debe ser escrita. Se considerarán como válidas para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas al correo electrónico indicada en el presente documento o al último correo electrónico comunicado a la Compañía o al BCP.
- Declaro conocer que al ser este seguro un beneficio para los clientes del contratante el medio de pago autorizado debe pertenecer al BCP.
- Declaro conocer que tengo derecho a arrepentirme de la contratación de este seguro empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro del plazo de 15 días de recibir el certificado en cuyo caso, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses.

Firma del Contratante

SEGURO NO OBLIGATORIO
-----------------------

Firma del Asegurado  
(Si es distinto al Contratante)

SEGURO NO OBLIGATORIO
-----------------------

**ESTE SEGURO NO ES OBLIGATORIO: Al firmar esta solicitud, usted acepta pagar la prima según el plan elegido, el cual será debitado del medio de pago que haya autorizado.**