

SOLICITUD/CERTIFICADO/SEGURO DE DESGRAVAMEN

(Código SBS N° VI2007410077)

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 una tarjeta de crédito.

Nro. de Solicitud de Crédito (En adelante el "CRÉDITO"): _____

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

1. Planes:

- a. Desgravamen Tarjeta Clásica: S/ 7.90 - Póliza 50229
- b. Desgravamen Tarjeta Gold: S/ 7.90 - Póliza 51533
- c. Desgravamen Tarjeta Signature o Black S/ 7.90 - Póliza 52305

2. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

COBERTURAS	CONDICIONES	EXCLUSIONES
Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Cobertura básica. Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.	a) Enfermedades 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.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Cobertura adicional. Para los efectos de esta cobertura, <u>únicamente</u> se considera invalidez: a) paraplejía o cuadriplejía 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.	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) SIDA/VIH.
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Cobertura adicional. Disminución física o intelectual, continua e interrumpida durante <u>más de 6 meses</u> (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. <u>Periodo de carencia:</u> 6 meses contados a partir del desembolso del crédito. Se cubrirá la invalidez a causa de una enfermedad diagnosticada con posterioridad a los 6 meses de inicio de vigencia de la cobertura del seguro.	h) 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. i) La participación del Asegurado en actos temerarios, entendidos como aquellos actos o actividades que pongan en grave peligro su vida e integridad física. j) Adicionalmente, se excluye la invalidez total y permanente por accidente a consecuencia de los denominados "Accidentes Médicos", como los 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 del presente Certificado. En caso de Crédito Mancomunado, se cubrirá el porcentaje del saldo deudor indicado en el acápite 1 del presente Certificado. **El pago de cualquiera de estas coberturas determina la terminación de este seguro, respecto del Asegurado. El beneficiario de las coberturas otorgadas es el Contratante.**

Rango de edad y Límite Máximo de Capital Asegurado

COBERTURAS	TARJETA CLÁSICA Y GOLD	TARJETA SIGNATURE O BLACK
	LÍMITE MÁXIMO DE CAPITAL ASEGURADO POR PERSONA(*)	LÍMITE MÁXIMO DE CAPITAL ASEGURADO POR PERSONA(*)
Muerte Natural	S/ 50,000	S/ 100,000
Muerte Accidental	S/ 50,000	S/ 100,000
Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/ 50,000	S/ 100,000
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	S/ 50,000	S/ 100,000

Edad límite de ingreso y permanencia hasta 80 años con 364 días.

(*) El Límite Máximo de Capital Asegurado por persona aplica a todos los créditos asegurados que tenga una misma persona. El pago de la prima después de haber quedado sin efecto la cobertura, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a esa fecha.

Definiciones:

- **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas 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, desvanecimientos 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.
- **Fractura incurable de la columna vertebral:** entendiéndose por ésta a aquella fractura de la columna vertebral que causa paraplejía o cuadriplejía por compromiso asociado de la médula espinal.

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** la póliza del presente seguro; (ii) se encuentre vigente el CRÉDITO asegurado; (iii) el Asegurado se encuentre al día en el pago de sus primas; (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.

4. PRIMA COMERCIAL:

Tarjeta Clásica y Gold S/ 7.90.

Tarjeta Signature y Black S/ 7.90.

La prima mensual incluye IGV. La prima mensual incluye la comisión por comercialización del seguro.

5. RELACIÓN DE CLÁUSULAS ADICIONALES:

Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad (acápites 8). Cláusula de Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable (acápites 10).

6. 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 que la Compañía y/o el Contratante comuniquen las modificaciones con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. **El Asegurado 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.**

Durante cada periodo de 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 treinta (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.

7. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

La póliza en virtud de la cual se emite el presente seguro podrá resolverse por solicitud escrita 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: (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 falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver la Solicitud-Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con 30 días calendario de anticipación; (iii) Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta; y, (iv) 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; (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran 90 días calendario desde la fecha establecida para realizar el pago; y, (iv) 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 éste y sus respectivos beneficiarios 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 de resolución o extinción de la póliza o de la Solicitud-Certificado; la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido. Para estos efectos, el Asegurado deberá solicitar por escrito ante la Compañía o el Contratante la devolución correspondiente. 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 treinta (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 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 del 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 literales (ii), (iii) o (iv) precedentes, 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.

8. PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA (AVISO DE SINIESTRO):

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 Contratante o directamente al domicilio físico de la Compañía, adjuntando el original o copia certificada notarialmente de la siguiente documentación, según se trate de:

Muerte Natural	Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente	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 cronograma por parte del Contratante.	(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. En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes: (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) 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.

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 sus beneficiarios 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.

9. CONSULTAS O RECLAMOS:

Para la atención de sus consultas o reclamos llamar a Banca por Teléfono al 610-7900 en Lima y al 0801-00420 en provincia, o acudir a la Plataforma de Atención de cualquier Oficina del Contratante. Además, puede acercarse a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro. Asimismo, podrá acudir a Indecopi o a la Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

10. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

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

11. 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 (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 y/o el Contratante informe las modificaciones por lo menos con 45 días de anticipación. Como Asegurado convengo en que 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.** 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 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 por lo menos con 15 días 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); 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 PACÍFICO SEGUROS DE VIDA 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 DE VIDA 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 DE VIDA 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 DE VIDA 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 DE VIDA 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 DE VIDA 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 DE VIDA a incorporar su

Información al banco de datos personales de usuarios de responsabilidad de PACÍFICO SEGUROS DE VIDA 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 DE VIDA www.pacificoseguros.com (las "Terceras Empresas") conforme a los procedimientos que PACÍFICO SEGUROS DE VIDA 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 DE VIDA 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 DE VIDA brinda, incluyendo pero sin estar limitado a seguros de riesgos generales incluidos los de accidente personales y rentas vitalicias, (ii) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquier otra Póliza, producto o servicio de PACÍFICO SEGUROS DE VIDA 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 PACÍFICO SEGUROS DE VIDA a las Terceras Empresas hasta diez años después de que finalice su relación contractual con PACÍFICO SEGUROS DE VIDA. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, siempre que cumpla con los requisitos exigidos por las normas aplicables, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS DE VIDA 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 DE VIDA www.pacificoseguros.com; 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° 48992 emitida por la Compañía y contratada por BANCO CENCOSUD (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.** 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. Actualmente el límite establecido por la SBS es de 20 UIT. 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 responsable frente al Asegurado por la cobertura contratada, así como por todos los errores u omisiones en que incurra el Contratante con motivo de la comercialización del presente seguro. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Asegurado o sus beneficiarios al Contratante con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

Fecha de emisión

--	--	--	--

Oficina

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

Matrícula vendedor

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

Firma del Asegurado:

Angel Armijo Hidalgo
Funcionario
PACÍFICO SEGUROS DE VIDA

Firma del Cónyuge Asegurado

María Felix Torrese
Funcionario
PACÍFICO SEGUROS DE VIDA

COMPAÑÍA DE SEGUROS:
EL PACIFICO VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS
RUC 20332970411 / Teléfono 518-4500 / Fax 518-4569
Av. Juan de Arona N° 830 Piso 5, San Isidro, Lima.
servicioalcliente@pacificovida.com.pe

CONTRATANTE Y COMERCIALIZADOR:
BANCO CENCOSUD
RUC 20109072177 / Teléfono: 6250500
Av. Benavides 1555, Urb. San Antonio, Miraflores.