

**SOLICITUD DE SEGURO
SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL**

1. Datos de EL CONTRATANTE / ASEGURADO:

2. Coberturas y sumas aseguradas:

Cobertura principal	Definiciones y condiciones	Exclusiones
Vida (muerte natural y muerte accidental)	Cubre el fallecimiento de EL ASEGURADO por causas naturales o accidentales.	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>C) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, suicidio, intento de suicidio, automutilación o autolesión; salvo que, en caso de fallecimiento, la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.</p>
Coberturas adicionales	Definiciones y condiciones	
Invalidez total y permanente por accidente	<p>Para los efectos de esta cobertura, únicamente se considera:</p> <p>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.</p> <p>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 de EL 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.</p> <p>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.</p>	

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 máximo de cobertura. **El pago de cualquiera de estas coberturas genera la terminación del seguro.**

Límite de suma asegurada:

En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente por accidente o enfermedad del asegurado durante la vigencia establecida en la presente póliza, LA COMPAÑÍA pagará al Banco de la Nación el saldo deudor existente al momento del fallecimiento o configuración de la invalidez total y permanente, hasta un límite máximo de S/ 100,000.00 (cien mil con 00/100 nuevos soles) para todos los créditos otorgados o reprogramados por el Banco de la Nación al asegurado.

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** o lo re programe.
- **Fin de vigencia:** las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (I) se encuentre vigente el **crédito** o sus reprogramaciones aseguradas; (II) EL ASEGURADO no supere los 84 años y 364 días; y, (III) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

4. Prima:

Monto de la prima mensual: La resultante de aplicar el saldo deudor por la tasa de 0.08260% (por ciento). La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota del **crédito** o de su reprogramación, 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.** La comisión del comercializador o intermediario está en la prima comercial y se calcula sin considerar gastos de gestión

5. Beneficiario del seguro:

El beneficiario de las coberturas del presente seguro es el Banco de la Nación. De determinarse la procedencia del pago de la cobertura de vida o invalidez total y permanente por accidente o enfermedad, 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 de Vida (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 el registro de pólizas de la superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el cual es de acceso público a través del "portal del usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).
- 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 de seguro.
- 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 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.

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.

LA COMPAÑÍA entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días de haber presentado la solicitud de seguro.