

Nombre del Intermediario Código del Intermediario Agencia

Seguro de Vida:Solicitud N° Producto Solicitud N° Producto **Seguro de Accidentes Personales:**Solicitud N° Producto Solicitud N° Producto

Complete cuidadosamente todas las preguntas de esta solicitud. Todos los campos son obligatorios y relevantes.

1. DATOS DEL CONTRATANTE (SOLICITANTE)

¿El Contratante es el propuesto asegurado? Sí No Vínculo con el propuesto asegurado

EN CASO DE PERSONA NATURAL Apellidos y Nombre(s)

Doc. identidad: DNI CE N° Nacionalidad Fecha de Nac. / /

Sexo: M F **Estado Civil:** Soltero Casado Divorciado Viudo Conviviente

Teléfonos: Casa () Celular () Oficina ()

Ingreso anual en S/

Empleador / Empresa Giro

Cargo: Gerente Ejecutivo Empleado Otro Profesión Ocupación

Realiza labores: Administrativas Administrativas y operativas Administrativas y de campo Operativas y/o de campo

Indicar detalladamente actividades y tareas que desarrolla cotidianamente en su centro de trabajo:

Dirección de la empresa donde trabaja actualmente: Vía N° Int. Mz. Lote

Jr. Av. Calle

Tipo de agrupamiento Nombre de agrupamiento Distrito Provincia Departamento

EN CASO DE PERSONA JURÍDICA Razón social

RUC Giro Ingreso anual en S/

Nombre del representante legal **Doc. Identidad:** DNI CE N°

Administrador / Gerente **Doc. Identidad:** DNI CE N°

a) Dirección electrónica de facturación: @

DOMICILIO CONTRACTUAL EN CASO DE PERSONA NATURAL O PERSONA JURÍDICA

a) Dirección electrónica @

b) Dirección física Vía N° Int. Mz. Lote

Jr. Av. Calle

Tipo de agrupamiento Nombre de agrupamiento Distrito Provincia Departamento

2. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO (Completar solo si el propuesto asegurado es persona distinta al contratante)

Apellidos y Nombre(s)

Doc. Identidad: DNI CE N° Nacionalidad Fecha de Nac. / /

Sexo: M F **Estado Civil:** Soltero Casado Divorciado Viudo Conviviente

Teléfonos: Casa () Celular () Oficina ()

Dirección electrónica (Correo electrónico): @

Dirección física Vía N° Int. Mz. Lote

Jr. Av. Calle

Tipo de agrupamiento Nombre de agrupamiento Distrito Provincia Departamento

Ingreso anual en S/

Empleador / Empresa Giro

Cargo: Gerente Ejecutivo Empleado Otro Profesión Ocupación

Realiza labores: Administrativas Administrativas y operativas Administrativas y de campo Operativas y/o de campo

5. TIPO DE SEGURO DE VIDA SOLICITADO (Continuación)

Indicar (X) los seguros de vida y las sumas aseguradas de la cobertura básica y coberturas adicionales

Cobertura Básica		Coberturas Adicionales					
Seguro de Vida	Vida Principal	Beneficio Muerte Accidental	Beneficio Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	Beneficio Invalidez Accidental y Desmembramiento	Exención de Deducción Mensual / Pago de Primas	Beneficio en Vida de Enfermedades Graves	Riders Temporales T55 () T65 ()
() Seguro de Vida Inversión Platino		MAV	ITV	IAV	EDV	--No aplica--	
() Seguro de Vida Inversión 65 Plus						--No aplica--	
() Seguro de Vida Inversión		BMA	ITP	BIA	EDM	BEG	
() Seguro de Vida Inversión Oro US\$ <input type="checkbox"/> S/ <input type="checkbox"/>							
() Seguro de Vida Inversión 65							
() Seguro de Vida Devolución Total						--No aplica--	---No aplica---
() Vida Temporal 65					EPP	--No aplica--	---No aplica---
() Vida Temporal Oro					---	--No aplica--	---No aplica---
() Temporal Platino		BM2	IT2	BI2	IMPORTANTE - Indicar el número de años del seguro temporal solicitado: 10 años () 15 años () 20 años () 25 años () 30 años ()		

SOLO PARA SEGURO DE VIDA INVERSIÓN, SEGURO DE VIDA INVERSIÓN ORO, SEGURO DE VIDA INVERSIÓN PLATINO, SEGURO DE VIDA INVERSIÓN 65 Y SEGURO DE VIDA INVERSIÓN 65 PLUS

Suma asegurada	Moneda	Fondos de Inversión							
		Cuenta Individual				Cuenta de Excedentes			
		Fondos (Marque solo una opción)				Fondos (Marque solo una opción)			
() Creciente () Nivelada	Dólares	Garantizados	Controlados	Balanceados	Capitalización	Garantizados	Controlados	Balanceados	Capitalización
		() Fondo Garantizado	() Fondo Controlado II	() Fondo Balanceado II	() Fondo Capitalización II	-	() Fondo Controlado II	() Fondo Balanceado II	() Fondo Capitalización II
	Soles	() Fondo Garantizado Soles	-			() Fondo Garantizado Capital Protegido	-		

IMPORTANTE: Cada fondo seleccionado y la prima del producto deben estar en la misma moneda. Luego de la contratación del seguro, únicamente se podrán solicitar cambios de fondos entre los fondos que se encuentren disponibles en la misma moneda.

SOLO PARA SEGURO DE VIDA DEVOLUCIÓN TOTAL

	PLAZO DE CONTRATACIÓN O VIGENCIA DE LA PÓLIZA		
	10 años <input type="checkbox"/>	15 años <input type="checkbox"/>	20 años <input type="checkbox"/>
Porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos correspondientes a la cobertura de Vida Principal en caso de terminación anticipada de la póliza(*)	Del año 05 al año 07: 10%	Del año 05 al año 09: 10%	Del año 05 al año 14: 10%
	Del año 08 al año 08: 20%	Del año 10 al año 11: 20%	Del año 15 al año 16: 20%
	Del año 09 al año 09: 30%	Del año 12 al año 13: 30%	Del año 17 al año 18: 30%
	Del año 10 al año 10: 50%	Del año 14 al año 15: 50%	Del año 19 al año 20: 50%

(*) El retorno de primas al finalizar el plazo de contratación de la póliza será equivalente al 100% de las primas pagadas por la cobertura de Vida Principal netas de impuestos. El Retorno de Primas no incluye la parte de la prima comercial correspondiente a las coberturas adicionales que sean contratadas.

SOLO PARA FONDO UNIVERSITARIO

Suma asegurada US\$ _____ Plazo de inversión ___ años (10-18 años) Nro. cuotas anuales del pago del beneficio _____ (1 a 5)

Declaración del contratante para los Seguros de Vida Inversión, Vida Inversión Oro, Vida Inversión Platino, Vida Inversión 65, Vida Inversión 65 Plus o Fondo Universitario

Declaro haber recibido por parte del intermediario, que figura en la presente solicitud, el documento "Cálculo de Proyección" respecto del producto solicitado, cuyas características me han sido explicadas en su totalidad. Asimismo, declaro conocer que, salvo para los Fondos Garantizados, los rendimientos de la Cuenta Individual y Cuenta de Excedentes varían en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que respaldan los portafolios elegidos por el Contratante. Asimismo, declaro conocer que, salvo los Fondos Garantizados, PACÍFICO SEGUROS (en adelante la Compañía) no ofrece garantía alguna de rentabilidad ni de capital, consecuentemente los rendimientos acreditados en las cuentas para fondos distintos al Fondo Garantizado podrán ser positivos o negativos dependiendo del resultado de las inversiones de los portafolios elegidos.

6. TIPO DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES SOLICITADO

Marcar con una (X) el plan seleccionado:

A. Viva Seguro ^{(1) y (2)} Titular Titular+Cónyuge+Hijos (T + C + H) Titular+Cónyuge (T + C) Titular+Hijos (T + H)

	Solo opciones (T+C+H) y (T+C)		Para todas las opciones							
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8	Plan 9	Plan 10
Muerte Accidental	US\$ 40,000	US\$ 50,000	US\$ 60,000	US\$ 70,000	US\$ 80,000	US\$ 90,000	US\$ 100,000	US\$ 120,000	US\$ 150,000	US\$ 200,000
Invalidez Total y Permanente, y Desmembramiento por Accidente	US\$ 40,000	US\$ 50,000	US\$ 60,000	US\$ 70,000	US\$ 80,000	US\$ 90,000	US\$ 100,000	US\$ 120,000	US\$ 150,000	US\$ 200,000

Cónyuge: 50% de la Suma Asegurada de las Coberturas del Titular / **Cada Hijo:** US\$ 2,000 por Muerte Accidental en cualquier evento.

	Para todas las opciones						
	Plan 11	Plan 12	Plan 13	Plan 14	Plan 15	Plan 16	Plan 17
Muerte Accidental	US\$ 37,000	US\$ 70,000	US\$ 50,000	US\$ 60,000	US\$ 70,000	US\$ 75,000	US\$ 80,000
Invalidez Total y Permanente, y Desmembramiento por Accidente	US\$ 125,000	US\$ 17,000	US\$ 100,000	US\$ 120,000	US\$ 140,000	US\$ 150,000	US\$ 160,000

Cónyuge: 50% de la Suma Asegurada de las Coberturas del Titular / **Cada Hijo:** US\$ 2,000 por Muerte Accidental en cualquier evento.

B. Accidentes Cobertura Total ^{(2), (3) y (4)} Solo Lima Solo Provincias Titular Titular + Cónyuge

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7
Muerte Accidental Básica	US\$ 25,000	US\$ 30,000	US\$ 35,000	US\$ 40,000	US\$ 50,000	US\$ 55,000	US\$ 60,000
Invalidez Total y Permanente, y Desmembramiento por Accidente	US\$ 25,000	US\$ 30,000	US\$ 35,000	US\$ 40,000	US\$ 50,000	US\$ 55,000	US\$ 60,000
Indemnización diaria por hospitalización en caso de Accidente	US\$ 35						
Indemnización diaria por hospitalización en caso de Accidente – UCI (*)	US\$ 70						

Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del Titular
*UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

C. Educación Segura ^{(2), (3), (4) y (5)} Titular Titular+Cónyuge

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6
Muerte Accidental Básica	US\$ 45,000	US\$ 48,000	US\$ 54,000	US\$ 60,000	US\$ 72,000	US\$ 90,000
Invalidez Total y Permanente, y Desmembramiento por Accidente	US\$ 45,000	US\$ 48,000	US\$ 54,000	US\$ 60,000	US\$ 72,000	US\$ 90,000

Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del Titular

D. Accidentes Triple Cobertura ^{(1), (2), (3) y (4)} Titular Titular+Cónyuge+Hijos Titular+Hijos

	Solo opción Titular + Cónyuge + Hijos		Para todas las opciones					
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8
Muerte Accidental Básica	US\$ 40,000	US\$ 45,000	US\$ 46,000	US\$ 50,000	US\$ 55,000	US\$ 60,000	US\$ 65,000	US\$ 70,000
			Plan 9	Plan 10	Plan 11	Plan 12	Plan 13	Plan 14
			US\$ 75,000	US\$ 80,000	US\$ 85,000	US\$ 90,000	US\$ 95,000	US\$ 100,000

Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del Titular / **Cada Hijo:** US\$ 2,000 por muerte accidental en cualquier evento.

E. Accidentes Reembolso ⁽²⁾ Titular Titular+Cónyuge

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8
Muerte Accidental	US\$ 10,000	US\$ 10,000	US\$ 35,000	US\$ 35,000	US\$ 35,000	US\$ 50,000	US\$ 30,000	US\$ 40,000
Invalidez Total y Permanente, y Desmembramiento por Accidente	US\$ 0	US\$ 30,000	US\$ 40,000					
Máximo reembolso de gastos médicos por Accidente (*)	US\$ 3,500	US\$ 4,000	US\$ 2,500	US\$ 3,000	US\$ 4,000	US\$ 4,000	US\$ 3,000	US\$ 3,000

Cónyuge: 50% de la suma asegurada de las coberturas del titular.

(*) Se reembolsarán los gastos efectivamente incurridos y sustentados en comprobantes de pago originales. Aplica deducible de US\$ 35.

DATOS DEL CÓNYUGE (En caso de tomar un Plan Familiar) Indicar detalladamente las actividades que realiza en su centro de trabajo:

F. Accidentes Devolución Total ⁽⁶⁾

Moneda: Soles

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6
Muerte Accidental	S/ 200,000	S/ 200,000	S/ 300,000	S/ 300,000	S/ 500,000	S/ 500,000
Invalidez Total y Permanente por Accidente	-	S/ 200,000	-	S/ 300,000	-	S/ 500,000

SOLO PARA EL SEGURO ACCIDENTES DEVOLUCIÓN TOTAL

	PLAZO DE CONTRATACIÓN O VIGENCIA DE LA PÓLIZA		
	10 años <input type="checkbox"/>	15 años <input type="checkbox"/>	20 años <input type="checkbox"/>
Porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos correspondientes a las coberturas del Seguro Accidentes Devolución Total en caso de terminación anticipada de la póliza(6)	Del año 05 al año 07: 10%	Del año 05 al año 09: 10%	Del año 05 al año 14: 10%
	Del año 08 al año 08: 20%	Del año 10 al año 11: 20%	Del año 15 al año 16: 20%
	Del año 09 al año 09: 30%	Del año 12 al año 13: 30%	Del año 17 al año 18: 30%
	Del año 10 al año 10: 50%	Del año 14 al año 15: 50%	Del año 19 al año 20: 50%

- (1) Para todos los planes de seguros de accidentes familiares solo se puede asegurar a un máximo de 5 hijos, entre 1 año y 18 años.
 (2) Para todos los planes de seguros de accidentes familiares, "Titular" se refiere al Asegurado Principal de la póliza.
 (3) Para Accidentes Triple Cobertura, Educación Segura y Accidentes Cobertura Total en caso de Muerte por Accidente en Transporte Público (terrestre o acuático), la suma asegurada total será dos veces la suma asegurada por Muerte Accidental Básica elegida.
 (4) Para Accidentes Triple Cobertura, Educación Segura y Accidentes Cobertura Total en caso de Muerte por Accidente en Transporte aéreo, la suma asegurada total será tres veces la suma asegurada por Muerte Accidental Básica elegida.
 (5) Para Educación Segura, la suma asegurada será dividida y pagada en 60 rentas fijas mensuales.
 (6) Para Accidentes Devolución Total. Al finalizar el plazo de contratación de la póliza se devolverá el 100% de las primas que el asegurado pagó netas de impuesto.

7. IMPORTE, FRECUENCIA Y MODALIDAD DE PAGO DE LA PRIMA

SOLO PARA SEGURO DE VIDA INVERSIÓN, INVERSIÓN ORO, INVERSIÓN PLATINO, INVERSIÓN 65 E INVERSIÓN 65 PLUS

Prima de Excedentes Regular mayor o igual a \$10 o S/ 40 mensuales, según corresponda.

Prima Comercial	Prima de Excedentes	I.G.V	Prima Total

Sí No

PARA TODOS LOS SEGUROS

Producto	Código SBS	Frecuencia de pago (M,S,A)	Modalidad (CB, TC, CU)	Moneda	Prima Total
1. Seguro de Vida Inversión Platino	(VI2007100113)			US\$	
2. Seguro de Vida Inversión 65 Plus	(VI2007100141)			US\$	
3. Seguro de Vida Inversión	(VI2007100099)			US\$	
4. Seguro de Vida Inversión Oro	(VI2007100105)			US\$ <input type="checkbox"/> ó S/ <input type="checkbox"/>	
5. Seguro de Vida Inversión 65	(VI2007100142)			US\$	
6. Seguro de Vida Devolución Total	(VI2007100145)			US\$	
7. Vida Temporal 65	(VI2007100003)			US\$	
8. Vida Temporal Oro	(VI2007100002)			US\$	
9. Vida Temporal Platino	(VI2007100124)			US\$	
10. Fondo Universitario	(VI2007100051)			US\$	
A. Viva Seguro	(AE2006100087)			US\$	
B. Accidentes Cobertura Total	(AE2006100095)			US\$	
C. Educación Segura	(AE2006100106)			US\$	
D. Accidentes Triple Cobertura	(AE2006100086)			US\$	
E. Accidentes Reembolso	(AE2006100117)			US\$	
F. Accidentes Devolución Total	(AE2006100219)			S/	

Frecuencia: Mensual (M), Semestral (S) y Anual (A) **Modalidad:** Cargo Automático de cuenta bancaria (CB), Cargo automático en tarjeta de crédito (TC) y Cupón (CU)

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234° y 1237° del Código Civil. De aceptar la Compañía la presente solicitud, las primas podrán pagarse en Dólares Americanos o Soles al tipo de cambio-venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago. El tipo de cambio-venta se publica diariamente en las ventanillas de las entidades recaudadoras.

IMPORTANTE: Las primas y las sumas aseguradas de cada uno de los seguros solicitados deben estar en la misma moneda.

- Si usted ha elegido cargo automático deberá llenar el formato adjunto de autorización de débito en cuenta bancaria o tarjeta de crédito.
- Las primas de los seguros de vida contratadas por personas naturales no incluyen IGV. Actualmente, las pólizas de seguros de vida se encuentran inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural que reside en Perú.

Oportunidad de pago - Consecuencias del incumplimiento: La fecha de vencimiento de las primas pactadas será el primer día calendario de cada mes/semestre/año, según frecuencia de pago elegida. 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 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro. Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima, el contrato de seguro quedará extinguido. En caso de los seguros con componente de inversión, el incumplimiento del pago de la prima originará la reducción del plazo de contratación (prórroga) de conformidad con lo establecido en la respectiva póliza.

8. DECLARACIÓN DE SALUD E INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

Completar en caso de solicitar un seguro de vida y/o de accidentes personales:

Sí No

Indique: Estatura: _____ (m) Peso: _____ (kg)

1) ¿Ha perdido peso en los últimos 12 meses? Razón _____ () ()

2) ¿Actualmente padece usted o ha padecido de alguna enfermedad física o mental, impedimento o afectación física, secuela de accidente previo o está recibiendo tratamiento médico de algún tipo y/o se encuentra en periodo de control u observación por alguna condición médica? () ()

En caso su respuesta sea positiva, especifique: _____

3) ¿Ha sufrido alguna vez de presión arterial anormal, úlcera, tuberculosis, hernia, diabetes, insulino dependencia, vértigos, mareos, cáncer; o ha tenido o tiene actualmente tumores o sangrados anormales, parálisis, reumatismo, gota, cualquier trastorno o enfermedad del sistema nervioso, génito urinario; o tiene problemas crónicos de riñón, digestivos, trastornos de la columna vertebral, corazón o pulmones, cirugía de revascularización coronaria, by pass, anemia crónica? () ()

En caso su respuesta sea positiva, especifique: _____

Completar en caso de solicitar un seguro de vida:

4) Durante los últimos 5 años:

a.- ¿Ha consultado algún médico para ser examinado, tratado o aconsejado? () ()

b.- ¿Ha sido usted examinado a través de un electrocardiograma, rayos X, análisis de sangre u otros exámenes de diagnóstico? () ()

c.- ¿Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio u otros establecimientos médicos? () ()

d.- ¿Se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no hubiera realizado? () ()

5) Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de:

a.- ¿Cáncer, tumores, quistes, pólipos, leucemia, anemia aplásica medular u otra enfermedad de la sangre? () ()

b.- ¿Diabetes, ganglios linfáticos inflamados, enfermedad de la tiroidea u otras glándulas, epilepsia, derrame o infarto cerebral o enfermedad de tipo mental o nerviosa? () ()

c.- ¿Infarto al miocardio, dolor en el pecho, hipertensión, soplo cardíaco u otra enfermedad cardíaca o circulatoria? () ()

d.- ¿Enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato reproductor? () ()

e.- ¿Enfermedad del hígado, de la vesícula, del páncreas o del aparato digestivo? () ()

f.- ¿Asma, enfisema u otra enfermedad respiratoria? () ()

g.- ¿Defecto severo de la vista o del oído, afectación física, enfermedades o condiciones relacionadas a discos intervertebrales, tales como artritis, reumatismo, dolores en la espalda o articulaciones o cualquier padecimiento o trauma relacionado a la columna vertebral (paraplejía)? () ()

6) a.- ¿Tiene usted la intención de buscar consejo médico, tratamiento, cirugía o hacer cualquier examen médico? () ()

b.- ¿Tiene usted, ha tenido o ha sido tratado por alcoholismo o adicción a las drogas? () ()

c.- ¿En la actualidad está tomando algún medicamento? () ()

7) SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida)

a.- ¿Ha recibido usted tratamiento o consejo médico en relación al sida o condiciones relacionadas con él o en relación a enfermedades de transmisión sexual? () ()

b.- ¿Le han dicho que ha tenido SIDA o el complejo relacionado con el SIDA? () ()

c.- ¿Ha tenido o le han informado que tiene pruebas sanguíneas positivas para anticuerpos del virus del SIDA? () ()

d.- ¿Tiene usted alguno de los siguientes síntomas sin explicación: Fatiga, pérdida de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones en la piel? () ()

8) ¿Consumo bebidas alcohólicas con regularidad? () ()
(En caso afirmativo detalle qué y cuánto bebe a la semana) _____

9) PREGUNTAS SOLO PARA MUJERES

a.- ¿Ha sido sometida a algún tratamiento en los senos u órganos reproductivos? () ()

b.- ¿Está usted embarazada en la actualidad? () ()
Meses: _____

10) MÉDICO PARTICULAR

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha y razón de última consulta: _____

11) INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA DEL PROPUESTO ASEGURADO

a.- ¿Hay en su familia (hasta el tercer grado de consanguinidad) antecedentes de enfermedades del corazón, derrame cerebral, cáncer, enfermedades de los riñones, diabetes o hipertensión antes de los 65 años, tuberculosis, trastornos mentales o desórdenes hereditarios? Sí No

b.- Completar el siguiente cuadro de historia familiar:

CUADRO DE HISTORIA FAMILIAR	EDAD (SI VIVEN)	EDAD AL MORIR	ESTADO DE SALUD/CAUSA DE FALLECIMIENTO
Padre biológico			
Madre biológica			
Hermanos(as) N° vivos:.....			
N° fallecidos:.....			

8. DECLARACIÓN DE SALUD E INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO (Continuación)

12) En caso alguna(s) de sus respuestas anteriores (Preguntas del 2 al 11) haya sido afirmativa, indique a continuación:

PREG. N°	ENFERMEDAD O DOLENCIA (diagnóstico, duración, grado de recuperación, operación)	FECHA	ESTADO ACTUAL	MÉDICOS / HOSPITALES (Nombre y direcciones)
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

13) DECLARACIÓN DE NO FUMADOR DEL PROPUESTO ASEGURADO

- a.- ¿Fuma actualmente o ha fumado en los últimos 12 meses* (cigarrillos, pipas, etc.) o ha consumido tabaco en cualquier forma? Sí No
Mencione la cantidad diaria aproximada. Cantidad Tipo
- b.- ¿Tiene usted intención de empezar o volver a fumar? Sí No

DECLARACIÓN DE NO FUMADOR

El propuesto asegurado declara libre y voluntariamente que actualmente no fuma ni ha fumado en los últimos doce (12) meses* cigarrillos, pipas, puros u otros similares que contengan tabaco y que no tiene intención de empezar o volver a fumar.

El propuesto asegurado acepta expresamente que en caso la presente declaración fuese total o parcialmente falsa o inexacta, la o las pólizas de seguro para no fumadores emitidas conforme a la presente solicitud, se considerarán pólizas para fumadores. En este caso, la compañía podrá optar entre el incremento de la prima (debiendo el contratante regularizar el pago de la diferencia adeudada) o la reducción del capital asegurado o indemnización a la suma correspondiente a dicho tipo de póliza.

(*) Para el Seguro de Vida Inversión Platino y el Seguro de Vida Inversión 65 Plus son 24 meses. Sí No

14) INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

Completar en caso de solicitar un seguro de vida y/o accidentes personales.

- a. ¿Actualmente tiene usted o su cónyuge (de ser el caso) en vigencia algún Seguro de Vida, de Accidentes, alguna solicitud pendiente, o algún anticipo o préstamo sobre póliza en vigor en esta u otra compañía? Sí () No ()

En caso afirmativo detallar a continuación

Año de emisión	Compañía	Tipo de plan	Suma asegurada	Principal/Cónyuge	Préstamo

Si tu respuesta es "Sí" en cualquiera de las siguientes preguntas, complete la sección 9 "Detalles Adicionales y/o Instrucciones Especiales".

- b.- Indique si el plan de seguro que está solicitando servirá para reemplazar alguna póliza existente de vida, retiro, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica. () ()
- c.- ¿Le ha sido alguna vez rechazada, pospuesta, aceptada con cargo, modificada en modo alguno una solicitud o rehabilitación de un seguro de vida, accidentes personales, enfermedades graves, invalidez total y permanente o asistencia médica contemplada en otra compañía? () ()
- d.- Practica o ha realizado deportes o cultiva aficiones que puedan considerarse peligrosas tales como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, ala delta, paracaidismo, planeador o tauromaquia. Especifique: () ()
- ¿Algún otro deporte o afición de alto riesgo? Especifique: _____
- Se consideran deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, a aquellas en las cuales el Asegurado esté continuamente expuesto a caídas, quemaduras, golpes, cortes, amputaciones, ahogo y/o muerte.
- e.- Indique si cumple o ha cumplido funciones públicas en los 2 últimos años, sea en territorio nacional o extranjero. () ()
- f.- Indique si es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional. () ()
- g.- ¿El solicitante viaja en aeronaves o líneas no comerciales? (Se entenderá por aeronaves o líneas no comerciales, a aquellas que no pertenezcan a una línea aérea establecida y/o que no cuente con recorridos y/o itinerarios regulares o fijos). En caso afirmativo, llenar el cuestionario correspondiente. () ()
- h.- ¿Realiza usted alguna otra actividad o tiene usted algún otro hábito que pueda afectar su vida o su salud? () ()
- i.- El contratante/asegurado ha nacido en EEUU, tiene nacionalidad americana, tiene permiso de residencia en los EEUU, o tiene residencial fiscal en un país distinto a Perú. (Al marcar "sí" debe completar la Declaración Jurada de Residencia Fiscal para Personas Naturales) () ()

Importante:

En caso el contratante sea Persona Jurídica: De acuerdo con las regulaciones FATCA y/o CRS todas las empresas que contraten un producto/póliza de seguros, que tengan algún componente de ahorro y/o inversión, deben completar una Declaración de Residencia Fiscal y actividad económica.

Completar en caso de solicitar un seguro de vida:

- l.- ¿Consume actualmente o ha consumido en los últimos 12 meses drogas o medicinas no prescritas? () ()
- m.- ¿Ha sido acusado o ha participado en actos calificados como delitos? () ()
- n.- ¿Ha tenido algún trasplante de órgano? () ()

8. DECLARACIÓN DE SALUD E INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO (Continuación)

15) DECLARACIÓN DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR: Completar solo para solicitudes de Accidentes Familiares.

- Con relación a la pregunta 2 de la Declaración de Salud contestada por usted. Si la respuesta fuese afirmativa para algún miembro de su familia propuesto para este seguro, debe necesariamente indicarlo a continuación.
- Con relación a la pregunta 3 de la Declaración de Salud y de las preguntas 14a hasta la 14k contestada por usted. Si alguna de las respuestas fuesen afirmativas para algún miembro de su familia propuesto para este seguro, debe necesariamente indicarlo en el cuadro siguiente (no es aplicable para el caso de Accidentes Triple Cobertura).
- El Contratante y el Propuesto Asegurado declaran bajo juramento que no omiten alguna información relevante vinculada al estado de salud de los familiares propuestos para este seguro y que la información aquí proporcionada es absolutamente veraz, que la Compañía utiliza tal información para evaluar el riesgo que se solicita asegurar.

N° de Pregunta	¿Quién?	Detalle

9. DETALLES ADICIONALES Y/O INSTRUCCIONES ESPECIALES (Completar si respondió "Sí" en cualquiera de las preguntas de la INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO)

--

10. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

1.- Por medio del presente documento solicito a la Compañía la emisión del(de los) seguro(s) antes indicado(s) y reconozco que no habrá contrato(s) de seguro a menos que la Compañía encuentre satisfactorias las condiciones de asegurabilidad y todos los requisitos solicitados respecto del propuesto asegurado y/o contratante, manifestando su aprobación a través de la emisión de la(s) póliza(s) de seguro respectiva(s). Asimismo, declaro conocer que la Compañía no procesará solicitudes con datos, documentos o evaluaciones incompletas. Los requisitos mínimos para iniciar la evaluación de este documento son: copia del Documento de Identidad del contratante y del propuesto asegurado, voucher de pago de la prima provisional (depósito inicial) y formato modalidad de pago para débito automático. Sin perjuicio de ello, la Compañía podrá solicitar requisitos adicionales. Durante la evaluación de la presente solicitud, si el contratante es persona natural, la Compañía otorgará una cobertura provisional, cuyos límites, términos y condiciones figuran en el Certificado de cobertura provisional correspondiente. En caso la presente solicitud sea rechazada, la Compañía devolverá el monto de la prima provisional que haya sido abonado sin intereses. Declaro conocer que para cualquier consulta podré comunicarme al 513-5000 o ingresar a la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe).

2.- La Compañía entregará la póliza dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la solicitud de seguro con todos los requisitos solicitados por la Compañía, 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 dirección electrónica 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 corresponden 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.

3.- Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con la evaluación de la presente solicitud, con la(s) póliza(s) de seguro solicitada(s) y con la(s) póliza(s) contratada(s) anteriormente con la Compañía, de ser el caso, a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación con por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica comunicada a la Compañía.

4.- El Propuesto Asegurado se compromete a realizar las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registro de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la Compañía en caso de siniestro, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

5.- Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por La Compañía se encuentra disponible en la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) bajo los Códigos SBS indicados en la sección 7 de esta solicitud, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).

6.- Declaro conocer que ningún intermediario estará facultado para ofrecer excepciones a las condiciones establecidas por la Compañía y que el titular de la(s) póliza(s) emitida(s) en virtud de este documento será el Contratante (Solicitante). **Asimismo, declaro conocer que la Compañía no autoriza a su personal a recibir suma de dinero alguna en forma personal. En tal sentido, la Compañía no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el Contratante y/o Asegurado decida entregar al personal de la Compañía distinto al encargado de las cajas autorizadas a pesar de conocer esta prohibición.**

7.- CONFIRMO que las declaraciones y respuestas precedentes, sobre mi vida y persona, son completas, auténticas, correctamente transcritas y forman parte de la solicitud de seguro. Asimismo, confirmo que todas las declaraciones y respuestas dadas o que hayan de hacerse al médico examinador, formularios, cuestionarios y enmiendas son completas, verídicas y obligatorias para todas las partes interesadas en la(s) póliza(s) solicitada(s). Es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad o declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable determina la nulidad del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro y, en consecuencia, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad de conformidad con las normas vigentes. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta de circunstancias relevantes que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, la Compañía informará la revisión del contrato; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones dará derecho a la Compañía a resolver el contrato de seguro.

8.- Derecho de arrepentimiento: Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la póliza o nota de cobertura provisional, el Contratante tendrá la facultad de resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima inicial que hubiese recibido sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

9.- Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):

9.1. 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 autorizado para tratar la información que EL CONTRATANTE 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 en 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, 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 esta pueda almacenar, dar tratamiento, procesar y transferir su información a sus subsidiarias, afiliadas y socios comerciales 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.

9.2. 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 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.

9.3. 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 o por teléfono.

9.4. 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.

En _____, el _____ de _____ de _____
(ciudad)

Firma del Intermediario
(Consignar la firma del DNI)

Firma del Propuesto
Asegurado
(Consignar la firma del DNI)

Firma del Cónyuge
(En caso de requerir
productos familiares de
Accidentes Personales)
(Consignar la firma del DNI)

Firma del Contratante
(Si es distinto del Propuesto
Asegurado, si es Persona
Jurídica, incluir cargo y sello)
(Consignar la firma del DNI)

Aclaración de la firma

11. INFORMACIÓN ADICIONAL PARA SER COMPLETADA POR EL INTERMEDIARIO

1. Indicar si las pólizas se aprobarán en forma independiente. Sí () No ()
2. ¿Cuánto conoce usted al propuesto asegurado? Bien () Medianamente () Recientemente ()
3. ¿Es familiar suyo el Propuesto Asegurado? Sí () No () En caso afirmativo, indicar el parentesco: _____
4. ¿Conoce usted alguna información desfavorable del Propuesto Asegurado respecto a su salud, carácter, hábitos, modo de vida u ocupación? En caso afirmativo, indicar: Sí () No ()

5. El Propuesto Asegurado, ¿con quién vive? _____

Declaro que todos los datos y respuestas consignados en esta parte de la solicitud son completas, exactas y verídicas, y no tengo conocimiento de nada en detrimento de lo firmado.

Hemos revisado cuidadosamente la solicitud y consideramos adecuado someterla a consideración de la Compañía.

Firma del intermediario
N° telefónico del intermediario

Firma del Gerente de Unidad

Firma del Gerente de Agencia