

**SEGURO DE DESGRAVAMEN - PÓLIZA N° 57788**  
(Código SBS N° VI2007410078 / 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 (Entidad Financiera):** Cliente titular de un crédito.

**Nro. de Solicitud de Crédito (En adelante el "CRÉDITO"):** \_\_\_\_\_

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

**2. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:**

COBERTURAS	CONDICIONES
Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	<b>Cobertura principal. Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.</b>
Invalidez Total y Permanente por Accidente	<b>Cobertura adicional. Para los efectos de esta cobertura, únicamente se considera invalidez: a) Paraplejia o Cuadruplejia 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.</b>
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	<b>Cobertura adicional. Disminución física o intelectual, continua e ininterrumpida durante más de 6 meses (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.</b>

**CONDICIÓN ESPECIAL.- Exclusiones aplicables al presente seguro:**

- Enfermedades y/o menoscabos graves y/o crónicos preexistentes al inicio del seguro, siempre que hayan sido de conocimiento de EL ASEGURADO. Se considera enfermedad preexistente a aquella enfermedad que hubiere sido diagnosticada antes de la afiliación al seguro.
- Suicidio o daños autoinflingidos.
- Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario regular.
- Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- Actos delictuosos, guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando EL ASEGURADO hubiera participado como elemento activo.
- Cuando el ASEGURADO esté bajo los efectos de drogas o alcohol, debiendo en este caso evidenciarse presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor o igual de 0.5 gramos-litro, salvo cuando EL ASEGURADO hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su deceso.

**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.**

### Edades Límite y Sumas Aseguradas Máximas

Cobertura Principal	Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona(*)	Edad Límite de	
		Ingreso	Permanencia
Vida (Muerte Natural o Accidental)	US\$ 30,000	80	Hasta la culminación de las obligaciones financieras
Coberturas Adicionales	Límite Máximo de Capital Asegurado por Persona(*)	Edad Límite de	
		Ingreso	Permanencia
Invalidez Total y Permanente por Accidente	US\$ 30,000	80	Hasta la culminación de las obligaciones financieras
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	US\$ 30,000	80	Hasta la culminación de las obligaciones financieras

(\*) 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 manifiestan 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.

### 3. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

- **Inicio de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde haber firmado el Contrato de Tarjeta de Crédito.
- **Fin de Vigencia:** La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro finalizarán a las 23:59 horas de las fechas establecidas en las Causales de Resolución o hasta el término de las obligaciones financieras o lo que ocurra primero. 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)** la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago; **(iv)** el Asegurado no supere la Edad Límite de Permanencia por cobertura; y, **(v)** no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

### 4. PRIMA COMERCIAL:

Tarjeta oh!: S/ 5.00 mensuales

Tarjeta oh! International: S/ 5.90 mensuales

La prima no incluye IGV. En la actualidad, las pólizas de vida están inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú. La prima se cobrará en forma mensual dentro de la cuota del CRÉDITO, según el cronograma del mismo. La prima comercial incluye comisión por comercialización para los clientes con edad de ingreso hasta los 78 años de 12.71 % de la comisión total que resulte de la diferencia entre la prima comercial y la prima seguro. En caso los cliente tengan edad de ingreso mayor a 78 años la comisión será de 0% 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 21° 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 aquellos expresamente indicados en el acápite 2 del presente Certificado.**

## 5. RELACIÓN DE CLAUSULAS ADICIONALES:

Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

## 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 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 deberá informar por escrito a la Compañía la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro o a la fecha en la cual toma conocimiento de la existencia del beneficio. Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial de la siguiente documentación, según se trate de:

**CONDICIÓN ESPECIAL.-** Requisitos de la Solicitud de Cobertura aplicables al presente seguro:

Muerte Natural	Muerte Accidental	Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad
(1) Partida de defunción o acta de defunción. (2) Certificado médico de defunción completo.	(1) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal. (2) Resultado del examen de dosaje etílico, según corresponda. (3) Resultado del examen toxicológico, según corresponda. (4) Partida de defunción o acta de defunción. (5) Certificado médico de defunción completo. (6) Protocolo de Necropsia Completo, según corresponda.	(1) Resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcoholemia emitido por el Instituto de Medicina Legal, en caso corresponda. (2) Dictamen de invalidez del COMAFP o Certificado de Discapacidad. (3) Atestado Policial, en caso corresponda.

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 desde Lima al 619-4800 y desde provincias 0-801-00002, o acudir a la Plataforma de Atención de cualquier Oficina del Contratante. Asimismo, puede comunicarse con la Central de Servicio al Asegurado de Pacifico Seguros 513-5000 o acercarse a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro. Asimismo, podrá presentar consultas o denuncias al Indecopi o a 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:

- 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.
- 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 la página web de la Compañía ([www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe)) 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](http://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 con por lo menos 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 con por lo menos 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 PACIFICO 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, PACIFICO 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, PACIFICO 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, incluyendo pero sin limitarse a las vinculadas al sistema de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y normas prudenciales, PACIFICO 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 PACIFICO 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 PACIFICO 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 PACIFICO SEGUROS a incorporar su Información al banco de datos personales de usuarios de responsabilidad de PACIFICO SEGUROS para que este pueda almacenar, dar tratamiento, procesar y transferir su Información a sus subsidiarias, afiliadas y/o socios comerciales nacionales listados en la página web de PACIFICO SEGUROS [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe) (las “Terceras Empresas”) conforme a los procedimientos que PACIFICO SEGUROS determine en el marco de sus operaciones habituales, para efectos de los fines señalados en los párrafos anteriores.

**5.2.** 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.

## **12. CONDICIÓN ESPECIAL.- Envío de la Solicitud/Certificado electrónico**

La Compañía entregará la presente Solicitud/Certificado dentro de un plazo máximo de 15 días calendario de haberse suscrito digitalmente, si no media rechazo previo. Para estos efectos, el Asegurado autoriza a la Compañía a que realice la entrega de la Solicitud/Certificado, en la dirección electrónica consignada en el presente documento y declara expresamente: (i) haber sido informado sobre la forma, procedimiento, ventajas y posibles riesgos asociados al envío de la Solicitud/Certificado por medios electrónicos; (ii) tener conocimiento sobre las medidas de seguridad que me corresponde aplicar; (iii) conocer que se confirmará la recepción de la Solicitud/Certificado 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 Solicitud/Certificado, contará con la firma electrónica de los representantes de la Compañía y será enviada con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando su número de documento de identidad.

Mediante la firma del presente documento, acepto afiliarme a la Póliza Grupal “Seguro de Desgravamen” N° 57788 emitida por la Compañía y contratada por Financiera oh! (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.**

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. En caso de bancaseguros 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 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:

Firma del Cónyuge Asegurado

--

--



**ANGEL JOSE ARMIJO HIDALGO**  
PACÍFICO SEGUROS



**DANTE ALFREDO LINDLEY ARTIEDA**  
PACÍFICO SEGUROS

**COMPAÑÍA DE SEGUROS:**  
PACIFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS  
RUC 20332970411 / Teléfono 513-5000  
Av. Juan de Arona N° 830 Piso 5, San Isidro, Lima  
[servicioalcliente@pacificovida.com.pe](mailto:servicioalcliente@pacificovida.com.pe)

**CONTRATANTE Y COMERCIALIZADOR:**  
FINANCIERA OH  
RUC 20522291201 / Teléfono: 619-4800  
0-801-00002  
Dirección: Av. Aviación 2409 Piso 9, San Borja,  
Lima