pacífico

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL
"Desgravamen Individual 3"

CONDICIONES GENERALES

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite a Usted, en adelante EL CONTRATANTE, la presente póliza sobre la vida de EL ASEGURADO. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro son las siguientes:

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguros:

- **Accidente:** Se entiende por accidente 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 manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes que puedan ser determinados de una manera cierta.
- **Asegurado:** Es la persona natural cuya vida e integridad física se asegura en virtud de la póliza. Para este seguro es el cliente titular de un préstamo vigente con la Entidad Financiera Comercializadora y que ha presentado una solicitud de seguro aceptada por LA COMPAÑÍA.
- **Beneficiario:** Es la Entidad Financiera Comercializadora que se indica en las Condiciones Particulares de la presente póliza.
- **Capital Asegurado, Beneficio o Suma Asegurada:** Es el saldo deudor del crédito (capital concedido, intereses compensatorios, moratorios, comisiones y primas no cobradas) de EL ASEGURADO al momento de ocurrido el siniestro.
- **Contratante:** Es la persona natural que suscribe la póliza con LA COMPAÑÍA y la obligada al pago de la prima. Generalmente EL CONTRATANTE es el mismo ASEGURADO. Cualquiera que sea la situación se estipulará en las Condiciones Particulares.
- **Endoso:** Es el acuerdo mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la póliza. Los endosos surten efectos una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Compañía y el Contratante, según corresponda.
- **Enfermedad, dolencia o menoscabo físico preexistente:** Se entiende por enfermedad, dolencia o menoscabo físico preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud o de capacidad física, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia y que se encuentran expresamente indicadas en estas condiciones generales.
- **Fecha de Inicio del Seguro:** Al momento del desembolso del crédito.
- **Miembros:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **Órgano:** Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- **Póliza:** Es el documento emitido por LA COMPAÑÍA en el que consta el contrato de seguro. En él se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.
- **Prima:** Es el valor determinado por LA COMPAÑÍA como contraprestación por la cobertura de seguro contratada.
- **Solicitud de Seguro:** Documento escrito y firmado por EL CONTRATANTE que forma parte integrante de la presente póliza y en el que consta su voluntad de contratar el seguro.
- **Rehabilitación:** Es la posibilidad que tiene EL CONTRATANTE de levantar la suspensión de la cobertura del seguro que hubiere operado por la falta de pago oportuno de primas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a opción de EL CONTRATANTE, mientras que LA COMPAÑÍA no haya expresado por escrito su decisión de resolver la póliza.

SEGUNDA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

La póliza es el único documento válido para fijar los derechos y obligaciones de las partes. Forman parte integrante de esta póliza los siguientes documentos:

1. Los Endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros.
2. Las Cláusulas Adicionales.
3. Las Condiciones Particulares.
4. Las Condiciones Generales.
5. La Solicitud del Seguro.

Los documentos antes indicados han sido enumerados de acuerdo a su jerarquía e importancia; de existir alguna contradicción entre ellos, se entenderá que los primeros prevalecen y modifican a los que les siguen en orden correlativo.

Cód. 3126 - Fecha de Impresión Enero 2025

TERCERA: INDISPUTABILIDAD

Esta póliza será indisputable una vez que haya transcurrido el plazo de dos (2) años contado desde la fecha de inicio de vigencia, salvo en caso de dolo. Lo dispuesto en la presente cláusula no será aplicable en caso que la inexactitud o falsedad verse sobre la edad de EL ASEGURADO. En este supuesto se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Octava de las presentes Condiciones Generales.

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

La póliza ha sido extendida por LA COMPAÑÍA sobre la base de las declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO en su solicitud de seguro.

Toda declaración inexacta o reticente formulada por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO sobre circunstancias conocidas por estos, que de haber sido informadas a la Compañía, hubiera impedido la celebración del contrato o modificado sus condiciones, determina la nulidad del presente contrato, si media dolo o culpa inexcusable. En dicho supuesto, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO y/o LOS BENEFICIARIOS carecerán de todo derecho a indemnización bajo la póliza, quedando LA COMPAÑÍA liberada de toda responsabilidad, con excepción de lo determinado en el siguiente párrafo.

De determinarse la nulidad del contrato, LA COMPAÑÍA devolverá a EL CONTRATANTE el valor de las primas pagadas sin intereses ni impuestos, y disminuidas en los gastos administrativos incurridos por ésta por concepto de penalidad, los que ascenderán a un monto máximo equivalente a la prima pagada por el primer año de duración de la póliza.

Se consideran dolosas a aquellas respuestas a preguntas formuladas en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios que contengan declaraciones inexactas o reticentes sobre circunstancias conocidas por EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO.

Si la declaración inexacta o reticente no obedece a dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE y/o de EL ASEGURADO, se aplicarán las siguientes reglas, según sea constatada antes o después de producido el siniestro:

(i) Si es constatada antes de que se produzca el siniestro, LA COMPAÑÍA presentará a EL CONTRATANTE una propuesta de revisión de la póliza dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por EL CONTRATANTE en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso sea aceptada la revisión de la póliza, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, LA COMPAÑÍA podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida a EL CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo precedente. Corresponden a LA COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

(ii) Si la constatación de la declaración inexacta o reticente es posterior a la producción de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la póliza, LA COMPAÑÍA reducirá la indemnización debida en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. De determinarse que el riesgo no es asegurable, no existirá suma asegurada y se procederá con la devolución total de la prima percibida.

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente póliza y a las disposiciones contenidas en la Ley del Contrato de Seguro, sus normas modificatorias, sustitutorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulte aplicable.

QUINTA: VIGENCIA Y RENOVACIÓN

La presente póliza se emite con vigencia anual. Transcurrido este periodo, la presente póliza se renovará en forma automática hasta el fin de vigencia del crédito que motiva la contratación del presente seguro. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación escrita de LA COMPAÑÍA con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. En dicha comunicación, LA COMPAÑÍA detallará las modificaciones en caracteres destacados. EL CONTRATANTE tendrá un plazo de treinta (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 y la Compañía emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

En caso la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA sea rechazada, la cobertura se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia anual correspondiente de la presente póliza. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática de la póliza por lo que el seguro se extinguirá de pleno derecho.

Las coberturas previstas en la presente póliza adquieren fuerza legal desde el momento del desembolso del crédito y firma de la Solicitud. Las coberturas se mantendrán vigentes mientras concurran las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el crédito que motiva la contratación del presente seguro; (ii) el Asegurado se encuentre en el rango de edad indicado en las Condiciones Particulares; y, (iii) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

SEXTA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Los beneficios otorgados por esta póliza serán los que detallan a continuación:

COBERTURA PRINCIPAL:

6.1) Vida (Muerte natural o accidental): Fallecimiento de EL ASEGURADO durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentra comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.

COBERTURAS ADICIONALES:

Cód. 3126 - Fecha de Impresión Enero 2025

6.2) Invalidez Total y Permanente por Accidente: Sólo se considerará que EL ASEGURADO se encuentra en situación de Únicamente se considera que EL ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente por Accidente si, como consecuencia de un accidente, presenta alguna de las siguientes condiciones: a) Paraplejia o Cuadriplejia por fractura de 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.
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 deja expresa constancia que no se cubrirá otra situación de invalidez distinta a las arribas mencionadas, aún cuando la misma pudiera afectar al Asegurado en más de los dos tercios de su capacidad de trabajo.
Se considerará como fecha de configuración de la invalidez para la liquidación del beneficio la fecha en la cual ocurrió el accidente y se verifique que el Asegurado presenta alguno de los supuestos de invalidez accidental cubiertos.

6.3) Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: Se entiende por invalidez total y permanente por enfermedad, la situación de pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que produzca un menoscabo igual o superior a 2/3 de la capacidad de trabajo de EL ASEGURADO, debido a enfermedades diagnosticadas y de conformidad con 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 y sus normas modificatorias y complementarias. **Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia de las lesiones originadas por una enfermedad diagnosticada luego del inicio de vigencia de la póliza.** Se considerará como fecha de configuración de la invalidez para la liquidación del beneficio la fecha de diagnóstico de la enfermedad que origina la invalidez del Asegurado o la primera fecha de ocurrencia de la invalidez indicada en la documentación proporcionada a la Compañía en caso la invalidez se manifieste de manera objetiva con posterioridad al diagnóstico de la enfermedad. La invalidez total y permanente se sustenta con Certificado expedido por la autoridad competente (ESSALUD, AFP, MINSA, INR o una junta de médicos a falta de los anteriores).

SÉPTIMA: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo esta póliza y que no pertenecen a LA COMPAÑÍA estarán reservados a EL CONTRATANTE, salvo que en las Condiciones Particulares o Generales se hubiere convenido lo contrario.

OCTAVA: EDAD

Al momento de la contratación del presente seguro, EL ASEGURADO deberá encontrarse en el Rango de Edad establecido en las Condiciones Particulares, pudiendo permanecer como asegurado hasta finalizar el plazo del Crédito.
LA COMPAÑÍA podrá requerir al CONTRATANTE, al ASEGURADO y/o a los herederos del ASEGURADO que acrediten la edad del ASEGURADO a través de un documento oficial antes de otorgar cualquier beneficio acordado por la póliza.

NOVENA: PRIMAS

La prima es el valor determinado por LA COMPAÑÍA como el precio de la(s) cobertura(s) de seguro contratada(s), que deberá ser pagado por EL CONTRATANTE de conformidad con lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. En caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos en las Condiciones Particulares, LA COMPAÑÍA comunicará a EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO que en caso no regularice el pago de la prima adeudada dentro de los treinta (30) días desde el vencimiento de la obligación, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Previamente a la suspensión de la cobertura por falta de pago de la prima de parte de EL CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA deberá notificar al Beneficiario sobre dicho incumplimiento por conducto notarial, a fin de que tome las previsiones del caso.

Si el fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, la prima adeudada por EL CONTRATANTE será deducida del beneficio correspondiente.
En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de la prima, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará por escrito a EL CONTRATANTE con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.
En todo caso, si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en las Condiciones Particulares para el pago de la prima, se entiende que el contrato queda extinguido.
Se entiende por reclamo del pago de primas el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza de pago de primas por parte de LA COMPAÑÍA.
Se deja expresa constancia que las comunicaciones referidas en la presente cláusula deberán ser notificadas al domicilio contractual fijado por las partes para efectos del presente seguro. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al último domicilio electrónico informado a LA COMPAÑÍA, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto LA COMPAÑÍA mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación, salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

DÉCIMA: REHABILITACIÓN

EL CONTRATANTE podrá solicitar a LA COMPAÑÍA la rehabilitación de su(s) cobertura(s), en caso esta(s) hubiere(n) quedado suspendida(s) por falta de pago de la prima, siempre y cuando LA COMPAÑÍA no haya comunicado su decisión de resolver la póliza o el contrato de seguro no se hubiere extinguido.
La rehabilitación de la póliza supone el levantamiento de la suspensión de la cobertura a partir de las 00:00 horas del día siguiente a aquel en el que EL CONTRATANTE realiza el pago total de las primas adeudadas. LA COMPAÑÍA solo responderá por los siniestros ocurridos a partir de la fecha de rehabilitación, de conformidad con los términos de la presente póliza.
Se deja expresa constancia que los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro por tratarse de un seguro de vida temporal.

DÉCIMO PRIMERA: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

La presente póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes supuestos:

1. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Contratante respecto de la propuesta de revisión de la

Cód. 3126 - Fecha de Impresión Enero 2025

póliza efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las presentes Condiciones Generales.
2. Por falta de pago oportuno de primas de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Novena de las presentes Condiciones Generales.
3. Por la presentación de una Reclamación Fraudulenta, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Quinta de las Condiciones Generales.
4. Por solicitud de resolución de EL CONTRATANTE, 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 contratación del seguro. La resolución surtirá efectos a las 23:59 horas del día en el cual es notificada a la Compañía. En caso EL CONTRATANTE ejerza esta opción a través de una comunicación escrita, deberá acompañar a la comunicación una copia simple de su Documento de Identidad. Se deja constancia que EL CONTRATANTE tiene conocimiento de los efectos de su decisión sobre la cobertura del seguro y sobre el Crédito asociado y que es su responsabilidad dar aviso a la Entidad Financiera Comercializadora.

Asimismo, la presente póliza se extinguirá ante la ocurrencia de los siguientes eventos:

1. Por fallecimiento de EL ASEGURADO, en cuyo caso el Beneficiario estará facultado a presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en la presente póliza.
2. En caso se apruebe el pago de la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.
3. Por cancelación o término del plazo del préstamo que motiva la contratación del presente seguro o de sus eventuales reprogramaciones.
4. Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro.
5. Al cumplir EL ASEGURADO la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares.
6. Por vencimiento del plazo de vigencia de la póliza o de los sucesivos plazos de renovación de ésta, en caso EL CONTRATANTE manifieste su voluntad de no renovar la póliza; o, no proceda su renovación debido a que EL CONTRATANTE rechazase la propuesta de modificación de primas y/o suma asegurada efectuada por la Compañía para los siguientes periodos de vigencia anual de la póliza; de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Quinta de las presentes Condiciones Generales.

Como consecuencia de la resolución o extinción del presente contrato de seguro, dejarán de surtir efectos la(s) cobertura(s) otorgada(s) en virtud del mismo, liberándose a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad indemnizatoria ante la ocurrencia de un siniestro.

Sin perjuicio de lo establecido para las causales de resolución y extinción de la póliza antes listadas, queda expresamente convenido que LA COMPAÑÍA devolverá a EL CONTRATANTE la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido. Para estos efectos, EL CONTRATANTE deberá solicitar por escrito ante la Compañía la devolución correspondiente. Dicha solicitud puede ser presentada por EL CONTRATANTE al momento de solicitar la resolución de la presente póliza. En caso la resolución sea efectuada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte de EL CONTRATANTE, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de resolución.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el contrato de seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

1. Si EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO incurren en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las presentes Condiciones Generales.
2. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro.
3. Si al tiempo de la contratación del 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 numerales 2 o 3 antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por EL CONTRATANTE, sin intereses. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Cuarta de las presentes Condiciones.

DÉCIMO SEGUNDA: EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

Este seguro no otorga cobertura a los siniestros ocurridos como consecuencia de:

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.
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.
c) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
d) Suicidio, intento de suicidio, automutilación o autolesión, salvo que, en caso de fallecimiento, la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.

DÉCIMO TERCERA: BENEFICIARIO DEL SEGURO

El Beneficiario de la presente póliza es la Entidad Financiera Comercializadora que otorga el crédito a EL ASEGURADO. Dado el interés asegurable, el Beneficiario de la presente póliza tiene carácter irrevocable, por lo que EL ASEGURADO no podrá realizar ningún cambio de Beneficiario.

DÉCIMO CUARTA: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

El Beneficiario deberá informar por escrito en el domicilio de LA COMPAÑÍA la ocurrencia del siniestro, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en la cual tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio.

Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

Cód. 3126 - Fecha de Impresión Enero 2025

Edad de Ingreso	Rango de Siniestros (Soles)	Documentación
		En caso de Fallecimiento (Natural o Accidental)
Hasta los 84 años	S/ 0 - S/ 15,000	Certificado de defunción.
	S/ 15,001 a más	Certificado de defunción y, adicionalmente en caso de muerte accidental, el atestado o informe policial completo, cuando corresponda.
Desde los 84 años y 1 día	0 – S/ 3,000	Certificado de defunción.

a) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente: Un Informe o Certificado Médico proporcionando detalles de la dolencia y copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa

b) En caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: Un Certificado expedido por la autoridad competente (ESSALUD, COMAFP, COMEC, MINSA, INR o una junta de médicos autorizados a falta de los anteriores), en el que se especifique la naturaleza, el grado de invalidez y la fecha de ocurrencia.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso del siniestro establecido en la presente cláusula no genera la pérdida de los derechos que pudiese tener el Beneficiario en virtud del presente seguro, los cuales podrán ser requeridos dentro del plazo de prescripción vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

LA COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos indicados en la presente cláusula para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura, salvo que dicho plazo se encuentre suspendido por haberse requerido aclaraciones o precisiones respecto de la documentación presentada dentro de los primeros veinte (20) días de dicho plazo y/o se solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por LA COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura conforme a lo antes indicado, sin pronunciamiento, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendario siguientes.

DÉCIMO QUINTA: RECLAMACIÓN FRAUDULENTA
LA COMPANIA quedará relevada de toda responsabilidad y EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si en cualquier tiempo EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO, sus herederos o terceras personas que actúen en su representación exageran los daños o emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una reclamación o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente póliza.

Además de lo dispuesto en el párrafo precedente, la presentación de una Reclamación Fraudulenta acarreará la resolución del presente contrato de seguro. Para ejercer esta condición resolutoria, LA COMPAÑÍA comunicará a EL CONTRATANTE su decisión de resolver la póliza en virtud de la presente cláusula. Dicha comunicación podrá ser remitida por correo, correo electrónico y/o fax a la dirección o número indicado por EL CONTRATANTE en la solicitud del seguro o documento posterior. En caso dichos datos no sean correctos o se modifiquen sin previa comunicación a LA COMPAÑÍA, esta quedará liberada de toda obligación.

DÉCIMO SEXTA: PAGO DEL BENEFICIO
La obligación de pagar la suma asegurada por la(s) cobertura(s) del presente seguro al Beneficiario deberá ser cumplida por LA COMPAÑÍA en un solo acto y por su valor total.

DÉCIMO SÉPTIMA: DOMICILIO CONTRACTUAL
La Compañía, el Contratante y/o el Asegurado señalan como su domicilio la dirección física (particular o comercial) y la dirección electrónica declaradas en la solicitud de seguro y que originalmente se consignan en las Condiciones Particulares. Para que cualquier variación respecto del domicilio (dirección física o electrónica) sea válida y surta efectos, deberá ser comunicada a la otra parte con por lo menos quince (15) días de anticipación.
Las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas y/o derivadas de la presente póliza deberán efectuarse en el último domicilio declarado por las partes de conformidad con lo dispuesto en el párrafo precedente. Toda comunicación realizada en cumplimiento de lo dispuesto en la presente cláusula se considerará válida para todo efecto legal. La Compañía no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio contractual declarado por el Contratante y/o el Asegurado.
Se deja expresa constancia que todas las comunicaciones entre las partes relacionadas al presente seguro deberán ser puestas en conocimiento del Beneficiario.

DÉCIMO OCTAVA: PRESCRIPCIÓN
Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Actualmente, el plazo legal de prescripción es de diez (10) años contados a partir de la ocurrencia del siniestro o desde que el Beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio, en los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento de una persona; sin embargo, se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.
Cumplido el plazo de prescripción, sin que se hubiere solicitado el beneficio, LA COMPAÑÍA quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

DÉCIMO NOVENA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS
Las partes acuerdan que toda discrepancia o litigio entre LA COMPAÑÍA, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO, los Beneficiarios y/o los herederos de EL ASEGURADO, si lo hubiere, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas peruanas aplicables bajo la competencia de los jueces y tribunales del Perú.

VIGÉSIMA: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA
Toda modificación de la póliza, para que sea válida, deberá ser realizada por escrito por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA y por EL CONTRATANTE.
Durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL 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.

Cód. 3126 - Fecha de Impresión Enero 2025

CLÁUSULA ADICIONAL
"INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE"

Esta Cláusula Adicional se regirá por las siguientes condiciones y, en todo lo que no esté expresamente establecido en esta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza.

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Cláusula Adicional:

- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios de la cobertura principal.
- **Miembros:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- **Órgano:** Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.
- **Cobertura Principal:** La otorgada bajo las Condiciones Generales de la póliza.

Asimismo, rigen para la presente Cláusula Adicional las definiciones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará el capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares si la persona designada como el Asegurado sufriera, durante la vigencia de la cobertura, algún accidente que fuera la causa adecuada de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional. Esto se cumplirá siempre y cuando la invalidez se manifieste como máximo durante los dos (2) años siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente y la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la presente Cláusula Adicional.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia de las lesiones originadas por un accidente.

La Compañía cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar del accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

TERCERA: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Solo se considerará que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente por Accidente si presenta alguna de las condiciones siguientes:

a) Paraplejia o Cuadriplejia por fractura de la columna vertebral.
b) Estado absoluto de descerebramiento ocasionado por accidente que no permita al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida. Se entiende por descerebramiento a la ausencia de la función cerebral y/o inactividad total del cerebro.
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.

En este sentido, se deja expresa constancia que la presente Cláusula Adicional no cubrirá otra situación de invalidez distinta a las arriba mencionadas, aun cuando la misma pudiera afectar al Asegurado en más de los dos tercios de su capacidad de trabajo.

Se considerará como fecha de configuración de la invalidez para la liquidación del beneficio la fecha en la cual ocurrió el accidente y se verifique que el Asegurado presenta alguno de los supuestos de invalidez accidental cubiertos.

CUARTA: EXCLUSIONES

Rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.

QUINTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente Cláusula Adicional es parte integrante de la póliza y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en esta, por lo dispuesto en las Condiciones Generales. Asimismo, queda expresamente convenido que la presente Cláusula Adicional solo será válida y regirá mientras la cobertura principal lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en caso se produzca la terminación de la cobertura principal por cualquier causa.

Se deja expresa constancia que el pago de la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente origina la resolución de la presente póliza.

SEXTA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza, el Beneficiario deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de la ocurrencia del siniestro o desde la fecha en que 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 (antes copia legalizada) de un Informe o certificado médico proporcionando detalles de la dolencia y copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa.

SÉPTIMA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, contados desde la recepción de toda la documentación exigida, si la solicitud de cobertura es procedente o no. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculadas al siniestro que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

OCTAVA: PAGO DEL BENEFICIO

El beneficio será pagado al Contratante en una (1) sola cuota, dentro de los treinta (30) días de haber determinado la procedencia de la solicitud de cobertura por Invalidez Total y Permanente por Accidente del Asegurado.

Cód. 3126 - Fecha de Impresión Enero 2025

CLÁUSULA ADICIONAL
"INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD"

Esta Cláusula Adicional se regirá por las siguientes condiciones y, en todo lo que no esté expresamente establecido en esta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza.

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Cláusula Adicional:

- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios de la cobertura principal.
- **Cobertura Principal:** La otorgada bajo las Condiciones Generales de la póliza.

Asimismo, rigen para la presente Cláusula Adicional las definiciones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará el capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares si la persona designada como el Asegurado fuera diagnosticado, **luego de transcurrido el periodo de carencia**, con alguna enfermedad que fuera la causa adecuada de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional. Esto se cumplirá siempre y cuando la invalidez ocurra antes que el Asegurado cumpla la "Edad Límite de Permanencia" aplicable a la presente cobertura, la cobertura principal esté vigente y la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la presente Cláusula Adicional.

Se entiende por invalidez total y permanente por enfermedad la situación de pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que produzca un menoscabo igual o superior a 2/3 de la capacidad de trabajo de EL ASEGURADO, debido a enfermedades y de conformidad con 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 y sus normas modificatorias y complementarias.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia de las lesiones originadas por una enfermedad diagnosticada luego de transcurrido el periodo de carencia.

Se considerará como fecha de configuración de la invalidez para la liquidación del beneficio la fecha de diagnóstico de la enfermedad que origina la invalidez del Asegurado o la primera fecha de ocurrencia de la invalidez indicada en la documentación proporcionada a la Compañía en caso la invalidez se manifieste de manera objetiva con posterioridad al diagnóstico de la enfermedad.

TERCERA: PERIODO DE CARENCIA

Ningún beneficio será pagado si la enfermedad es diagnosticada dentro del Periodo de Carencia indicado en las Condiciones Particulares. El Periodo de Carencia se contabiliza desde el inicio de la vigencia de esta cobertura.

CUARTA: EXCLUSIONES

Rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.

QUINTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente Cláusula Adicional es parte integrante de la póliza y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en esta, por lo dispuesto en las Condiciones Generales. Asimismo, queda expresamente convenido que la presente Cláusula Adicional solo será válida y regirá mientras la cobertura principal lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en caso se produzca la terminación de la cobertura principal por cualquier causa.

Se deja expresa constancia que el pago de la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad origina la resolución de la presente póliza.

SEXTA: AVISO DE SINIESTRO BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza, el Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha del accidente o del Periodo de Observación o desde que toma conocimiento de la existencia del beneficio, si dicha fecha fuese posterior.

Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura proporcionando a la Compañía los originales o copias con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de un Certificado expedido por la autoridad competente (ESSALUD, AFP, MINSA, INR o una junta de médicos autorizados a falta de los anteriores), en el que se especifique la naturaleza, el grado de invalidez y la fecha de ocurrencia.

SÉPTIMA: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, contados desde la recepción de toda la documentación exigida, si la solicitud de cobertura es procedente o no. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (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 la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

OCTAVA: PAGO DEL BENEFICIO

El beneficio será pagado al Contratante en una (1) sola cuota, dentro de los treinta (30) días de haber determinado la procedencia de la solicitud de cobertura por Invalidez Total y Permanente por Enfermedad del Asegurado.

Cód. 3126 - Fecha de Impresión Enero 2025

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL
"Desgravamen Individual 3"
RESUMEN

1. ¿Cuáles son las condiciones de acceso y límites de permanencia del seguro?
Podrán acceder al seguro los clientes de la Entidad Financiera Comercializadora que se encuentren dentro del rango de edad definido en el acápite 6 de las Condiciones Particulares, hasta finalizar el plazo del Crédito.

2. ¿Qué riesgos cubre?
Cubre el fallecimiento del Asegurado (muerte natural o accidental), sea en territorio nacional o internacional, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.

Asimismo, otorga al Asegurado las siguientes coberturas adicionales:
a) Invalidez Total y Permanente por Accidente.
b) Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

3. ¿Cuáles son las Exclusiones?
Este seguro no otorga cobertura a los siniestros ocurridos como consecuencia de:
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.
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.
c) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva. Suicidio, intento de suicidio, automutilación o autolesión.
d) Suicidio, intento de suicidio, automutilación o autolesión, salvo que, en caso de fallecimiento, la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.

4. ¿Cuál es el lugar y forma de pago de la prima?
El pago de la prima a cargo del Asegurado se realiza junto con el pago del Crédito Asegurado a favor del Contratante de conformidad con lo dispuesto en el acápite 4 de las Condiciones Particulares.

5. ¿Cuál es el procedimiento para efectuar modificaciones a las condiciones de la póliza?
Durante la vigencia 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 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.

6. ¿Cuáles son las causales de terminación de la cobertura?
Se encuentran establecidas en la Cláusula Décimo Primera de las Condiciones Generales.

7. ¿Cuál es el medio y plazo para dar el aviso de siniestro y los lugares autorizados para presentar una Solicitud de Cobertura?
El siniestro debe ser comunicado por escrito a la Compañía dentro de los 7 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. La solicitud de cobertura deberá presentarse en el domicilio físico de la Compañía. Para mayor información podrá comunicarse a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000 o ingresar a nuestra página web www.pacifico.com.pe. Los documentos que deben adjuntarse a la solicitud de cobertura se encuentran listados en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales.

Sin perjuicio del plazo, el Beneficiario podrá solicitar la cobertura dentro del plazo legal de prescripción establecido. En la actualidad el plazo legal de prescripción es de diez (10) años contados a partir de la ocurrencia del siniestro o desde que el Beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio; sin embargo, se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

Ante el rechazo de la solicitud de cobertura de un siniestro, se podrá presentar un reclamo escrito dirigido a la propia Compañía o acudir gratuitamente a la Defensoría del Asegurado, entidad privada, cuyos principales datos son:
Web: www.defaseg.com.pe
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 – Piso 9, San Isidro, Lima – Perú.
Telefax: 421-0614.

Además, podrá recurrir al INDECOPI o al mecanismo de solución de controversias establecido en la póliza.

Adicionalmente, podrá solicitar orientación en el Departamento de Servicios al Ciudadano de la SBS.

8. ¿Cuál es el mecanismo de solución de controversias?
En caso se presente una controversia relacionada con el presente seguro, las partes se someten a la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.

9. ¿Consultas y/o Reclamos?
Si tiene alguna consulta o requiere información adicional le pedimos ingresar a nuestra web www.pacifico.com.pe. En ella también encontrará los canales de atención que tenemos a su disposición o comunicarse a nuestra Central de Información y Consultas al 513-5000.

Puede presentar sus reclamos en la Compañía a través de los siguientes medios:
Acercándose a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en **Av. Juan de Arona 830**, **San Isidro** o llamando a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000.

Ingresando a nuestra página web: www.pacifico.com.pe. ó escribiéndonos al correo: atencionalcliente@grupopacifico.com.pe
Remitiendo una carta a nuestras oficinas, dirigida a "Atención al Cliente.

Además, podrá recurrir al INDECOPI o al mecanismo de solución de controversias establecido en la póliza.
Adicionalmente, podrá solicitar orientación en el Departamento de Servicios al Ciudadano de la SBS.

Cód. 3126 - Fecha de Impresión Enero 2025