

Nombre del Asesor

Número de Solicitud

Producto:  Renta Flex (Cod. SBS VI2007500143)

Número de Solicitud

Producto:  Fondo Vida Garantizado (Cod. SBS VI2007100144)

Por favor, complete y firme la siguiente solicitud en letras mayúsculas, sin correcciones o enmendaduras.

## 1. DATOS DEL CONTRATANTE (SOLICITANTE)

¿El Contratante es el propuesto asegurado? Si  No  Vínculo con el propio asegurado

Apellidos y Nombre(s)

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

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

Teléfono Fijo:  Anexo:  Teléfono móvil:

Profesión u Oficio:

### DOMICILIO CONTRACTUAL

a) Dirección electrónica  @

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

Jr.	Av.	Calle	Nombre de agrupamiento		Distrito	Provincia	Departamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de agrupamiento	Nombre de agrupamiento	Distrito	Provincia	Departamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 2. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO (Complete solo si el propuesto asegurado es una 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

Teléfono Fijo:  Anexo:  Teléfono móvil:

Profesión u Oficio:

a) Dirección electrónica  @

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

Jr.	Av.	Calle	Nombre de agrupamiento		Distrito	Provincia	Departamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de agrupamiento	Nombre de agrupamiento	Distrito	Provincia	Departamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 3. INFORMACIÓN DE CUMPLIMIENTO PLAFT Y TRANSPARENCIA FISCAL (FATCA/CRS)

a) Indique si el contratante y/o asegurado cumple o ha cumplido funciones públicas destacadas en los 5 últimos años sea en territorio nacional o extranjero.	SÍ ( ) NO ( )
b) El contratante y/o asegurado ha nacido en EEUU, tiene nacionalidad americana, tiene permiso de residencia en los EEUU, o tiene residencia fiscal en un país distinto a Perú. (Al marcar "sí" debe completar la Declaración Jurada de Residencia Fiscal para Personas Naturales)	SÍ ( ) NO ( )
c) El dinero con el que el contratante compra el producto proviene en su totalidad del fondo liberado por su Jubilación en la AFP.	SÍ ( ) NO ( )
d) Indique si el contratante y/o asegurado es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional.	SÍ ( ) NO ( )

## 4. BENEFICIARIOS

**BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL PROPUESTO ASEGURADO:**

## BENEFICIARIOS PRINCIPALES (\*)

Apellidos y nombres	Parentesco/vínculo	Fecha de nacimiento	Documento de identidad	Porcentaje %
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
				100 %

## BENEFICIARIOS CONTINGENTES (\*)

Apellidos y nombres	Parentesco/vínculo	Fecha de nacimiento	Documento de identidad	Porcentaje %
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
				100 %

(\*) Se requiere que exista interés asegurable entre el Propuesto Asegurado y el Beneficiario. Si no se indica porcentaje o hay un error en los mismos, se registrará que es en partes iguales.

**CESIÓN DEL DERECHO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (Solo en caso de que el Contratante sea distinto al Propuesto Asegurado)**

El Contratante cede en forma expresa incondicional y de manera irrevocable a favor del Propuesto Asegurado, el derecho a nombrar al beneficiario o los beneficiarios del contrato de seguro de ser aprobada esta solicitud. De esta manera, el Propuesto Asegurado podrá modificar la designación de los beneficiarios, detallados a continuación, las veces que lo considere necesario.

Sí  No

En caso de que no se conteste esta pregunta se considerará "NO" como respuesta.

## 5. PRIMA COMERCIAL ÚNICA

Producto	Moneda	Monto
Renta Flex	S/ <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fondo Vida Garantizado	S/ <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

El pago de la Prima única debe realizarse mediante depósito o transferencia Bancaria en las siguientes cuentas de la Compañía en el BCP:

- Tipo de Moneda Soles: Cuenta N°193-1437492-0-20, Código Interbancario N° 00219300143749202016
- Tipo de Moneda Dólares: Cuenta N°193-1439157-1-48, Código Interbancario N° 00219300143915714817

- En caso de pago con cheque, se entenderá que ha sido efectuado en la fecha en que éste se haga efectivo en la cuenta de la Compañía. El Contratante deberá informar a la Compañía sobre el pago de la Prima Comercial Única, adjuntando la constancia de depósito o transferencia emitida por la Entidad Financiera correspondiente.

## 6. PRODUCTO

RENTA FLEX<sup>(1)</sup> (De acuerdo a la cotización de fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

### a) Características del plan elegido<sup>(2)</sup>

Tipo de Moneda	Monto de la Renta	Plazo	Periodo Garantizado <sup>(3)</sup>	Devolución de Prima Única <sup>(4)</sup>
<input type="checkbox"/> Soles Ajustados (2%) <input type="checkbox"/> Soles Nominales <input type="checkbox"/> Dólares Ajustados (2%) <input type="checkbox"/> Dólares Nominales	<input type="text"/>	<input type="text"/> años	<input type="text"/> años	<input type="text"/> %

### b) Coberturas Adicionales (Complete solo en caso de querer contratar alguna de las siguientes coberturas)

<input type="checkbox"/> <b>Beneficio de muerte accidental<sup>(5)</sup></b>		<input type="checkbox"/> <b>Cobertura de gastos de sepelio<sup>(5)</sup></b>		<input type="checkbox"/> <b>Cobertura de vida<sup>(6)</sup></b>	
<b>Monto<sup>(6)</sup></b>	<input type="text"/>	<b>Monto</b>	<b>S/.</b> <input type="text"/>	<b>Monto</b>	<input type="text"/>
				<b>Periodo de carencia<sup>(7)</sup></b> <input type="text" value="36"/> Meses	

- (1) El Contratante y/o Propuesto Asegurado declaran conocer que, de aprobarse la presente solicitud, el contrato de seguro del producto Renta Flex es irrevocable y, por tanto, permanecerá vigente hasta la extinción de la renta temporal contratada o hasta el fallecimiento del Asegurado.
- (2) Modalidad Inmediata Simple: Esta modalidad se refiere al pago inmediato de la pensión mensual por la Compañía de Seguros y no presenta ninguna condición especial o producto adicional de garantía. De aprobarse la presente Solicitud, la Renta Temporal se paga al Propuesto Asegurado durante el plazo contratado.
- (3) Durante los años que dure el Periodo Garantizado y siempre que hubiera fallecido el Propuesto Asegurado, la Compañía de Seguros pagará a los Beneficiarios designados, en su conjunto, el 100% de la pensión asignada al Propuesto Asegurado. El pago podrá realizarse en forma de pensión o a través de un pago único, en proporción a los porcentajes asignados a cada Beneficiario, o en su defecto, en partes iguales. En caso de declaración inexacta de la edad, el recálculo de las pensiones no devengadas o la restitución del exceso de la prima, se realizará en función a la variación del riesgo asumido por la Compañía.
- (4) En caso de aprobarse la presente Solicitud, el porcentaje de devolución de prima se paga al Propuesto Asegurado, si sobrevive al periodo de renta temporal contratado; o, a favor de los Beneficiarios designados en caso se produzca el fallecimiento del Propuesto Asegurado durante la vigencia de la renta temporal contratada.
- (5) Se paga a favor de los beneficiarios designados.
- (6) La moneda de este plan es la misma escogida para la prima correspondiente a este producto.
- (7) El periodo de carencia es el tiempo que debe de transcurrir desde el inicio de vigencia de la póliza para que entre en vigor esta cobertura.

### c) Cuenta Bancaria para el pago de la Renta Mensual<sup>(8)</sup>

Entidad Financiera Emisora

Número de cuenta

- (8) Dependiendo de la entidad financiera emisora, podrían aplicarse comisiones y/o cargos por la transferencia de las rentas, los cuales serán asumidos por el contratante y/o propuesto asegurado.
- (9) Consignar código interbancario para cuentas de entidades financieras distintas al BCP.

FONDO VIDA GARANTIZADO De acuerdo a la cotización de fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

### a) Características del plan elegido

Tipo de moneda	Plazo	Retorno Garantizado	Valor de Rescate
<input type="text"/> Soles <input type="text"/> Dólares	<input type="text"/> años	<input type="text"/> % de la Prima Comercial Única, a una tasa de rendimiento <input type="text"/> %	De acuerdo al anexo _____ de la cotización n° _____ que forma parte de esta solicitud.

## b) Coberturas y Beneficios Adicionales

- **Seguro de Vida:**
- **Beneficio por Fallecimiento:** Valor Presente del Pago Dotal, considerando una Tasa de Descuento de  %  
Se paga a favor de los beneficiarios designados.
- **Pago Dotal:** Monto Equivalente a la Prima Comercial Única más el Retorno Garantizado.  
Se paga a favor del Asegurado, en caso sobreviva al plazo de contratación de la póliza.
- **Opción de Dote Periódica:** A partir del mes  de vigencia de la póliza.  
La periodicidad de las dotes será mensual. La prima única de la dote periódica será el valor presente de parte o de la totalidad del Retorno Garantizado correspondiente a la cobertura de Pago Dotal, utilizando para su cálculo la tasa de descuento indicada para el Beneficio por Fallecimiento. Se paga a favor del Asegurado.

En caso de fallecimiento del Asegurado, se pagará a favor de los beneficiarios el valor presente de las dotes periódicas más el nuevo monto del Pago Dotal a la tasa de descuento indicada para el Beneficio por Fallecimiento, en proporción a la participación asignada.

Cesión del Derecho de Ejercer la Opción de Dote Periódica:	SI	NO
El Contratante cede en forma expresa incondicional y de manera irrevocable a favor del Propuesto Asegurado, el derecho a ejercer la Opción de Dote Periódica	( )	( )

- En caso deje sin contestar esta pregunta se considerará "NO" como respuesta.

## 7. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL PROPUESTO ASEGURADO Y/O CONTRATANTE

1. Por medio del presente documento solicito a Pacifico Seguros (en adelante la Compañía) la emisión del (de los) seguro(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 póliza de seguro respectiva. Asimismo declaro conocer que La compañía no procesará solicitudes con datos, documentos o requisitos incompletos. Declaro conocer que para cualquier consulta podré comunicarme al 513-5000 o ingresar a la página web de la Compañía ([www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe)).
2. La Compañía entregará la(s) póliza(s) dentro de un plazo de 15 días calendario de haberse presentado la(s) solicitud(es) de seguro con todos los requisitos solicitados por la Compañía, si no media rechazo previo. Para estos efectos, el Contratante y/o el Propuesto Asegurado autorizan a la Compañía a que realice la entrega de la(s) póliza(s), indistintamente, en la dirección física elegida o en la dirección electrónica consignada en el presente formato y declaran expresamente: (i) haber sido informados sobre la forma, procedimiento, ventajas y posibles riesgos asociados al envío de la(s) póliza(s) por medios electrónicos; (ii) tener conocimiento sobre las medidas de seguridad que me corresponde aplicar; (iii) conocer que se confirmará la recepción de la(s) póliza(s) 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(s) póliza(s), esta(s) contará(n) con la firma electrónica del representante de la Compañía y será(n) enviada(s), con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad.
3. El Contratante y/o Propuesto Asegurado autorizan a la Compañía a notificarles cualquier comunicación relacionada con la evaluación de la presente solicitud, con la(s) póliza(s) de seguro solitada(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. 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](http://www.pacifico.com.pe)) y en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) bajo el Código SBS indicado en el título 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](http://www.sbs.gob.pe)).
5. Declaro conocer que ningún intermediario estará facultado para ofrecer excepciones a las condiciones establecidas por la Compañía y que el titular de la póliza emitida 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.
6. Confirmando que las declaraciones y respuestas precedentes, sobre mi vida y persona, son completas, auténticas, correctamente transcritas y forman parte de la solicitud de seguro. Es de mi conocimiento que cualquier declaración inexacta o reticente efectuada con dolo o culpa inexcusable determina la nulidad del contrato o cobertura adicional, correspondiente, 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.

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

7.1 Para la correcta ejecución de la relación contractual, EL CONTRATANTE / ASEGURADO ("EL CLIENTE") se obliga a mantener actualizada su información personal, financiera y crediticia ("LA INFORMACIÓN") y reconoce que PACÍFICO SEGUROS podrá tratarla, actualizarla, completarla y realizar flujos transfronterizos conforme a ley.

PACÍFICO SEGUROS conservará, tratará y realizará flujos transfronterizos con LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato.

Para el tratamiento de La INFORMACIÓN de EL CLIENTE, PACÍFICO SEGUROS utilizará diversos Encargados ubicados en el Perú y el extranjero, los cuales se han puesto a disposición del El cliente y también se encuentran detallados en <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>.

Su información será incluida en el banco de datos de Usuarios que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo el número de registro RNPDP-PJ N.º 774, de titularidad de PACÍFICO SEGUROS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú. EL CLIENTE puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público o por teléfono o a través del Chat ubicado en nuestra página web [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe).

El detalle de nuestra Política de Privacidad se encuentra disponible en: <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>

7.2 AUTORIZACIONES PARA USOS ADICIONALES

EL CLIENTE autoriza que PACÍFICO SEGUROS, de manera directa o a través de sus Encargados:

- Le oferte cualquiera de sus productos de los ramos de Riesgos Generales o de Vida.
- Le oferte cualquier otro producto o servicio de PACÍFICO SEGUROS o de sus empresas terceras.
- A transferir su Información a empresas Credicorp (incluyendo subsidiarias, vinculadas. Afiliadas) así como socios comerciales (Terceros), para que cada uno de ellos pueda ofertar sus productos o servicios.

EL CLIENTE acepta haber tenido a su disposición la lista de Terceros y Encargados que también se encuentra disponible en <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>. Dicha lista detalla los posibles usos que los Terceros darán a sus datos personales. El envío de comunicaciones o mensajes con las ofertas y/o publicidades podrá ser remitida a través de medios escritos, verbales (por ejemplo: mensajes, push notification o llamadas telefónicas) o electrónicos/informáticos (por ejemplo correo electrónico).

PACÍFICO SEGUROS y los Terceros podrán conservar y tratar LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE en los términos establecidos en esta sección, mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato. La aceptación o no de esta autorización para usos adicionales (ajenos a la ejecución de la relación contractual) no condiciona la prestación del servicio que EL CLIENTE está contratando.

Sí acepto.

No acepto y prefiero perder la oportunidad de recibir nuevas ofertas.

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 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.

---

**Firma del Intermediario**  
(Consignar la firma del DNI)

---

**Firma del Propuesto Asegurado**  
(Consignar la firma del DNI)

---

**Firma del Contratante**  
(Solo si es distinto del  
Propuesto Asegurado)  
(Consignar la firma del DNI)

---

Aclaración de Firma

---

Aclaración de Firma

---

Aclaración de Firma