

Fecha: _____

Este formato es exclusivo para todos los productos de Vida Individual y Accidentes Personales del BCP.

La solicitud deberá ser llenada de forma completa y veraz para una óptima evaluación.

Yo, _____, identificado(a) con DNI/CE/RUC N° _____

solicito acceder a la opción de continuidad de la póliza N° _____

Nombre del contratante: _____

Motivo por el que su póliza fue dada de baja: _____

Motivo por el que se solicita la opción de continuidad de la póliza: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Indique su ocupación actual: _____ Indique el nombre de su empresa: _____

DOMICILIO CONTRACTUAL

Dirección electrónica (correo electrónico): _____ @ _____

(LLENAR OBLIGATORIAMENTE EN CASO DE NO CONTAR CON CORREO ELECTRÓNICO)

Dirección física: _____

DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO

Peso: _____ kg

Estatura: _____ m

a) ¿Actualmente realiza la práctica, como profesional o aficionado, en competencias deportivas o aficiones peligrosas o de alto riesgo, entendiendo por aquellas a los deportes o aficiones en las cuales el Asegurado esté continuamente expuesto a caídas, quemaduras, golpes, cortes, amputaciones, ahogo y/o muerte?

SÍ

NO

b) ¿Actualmente participa en la práctica o el desempeño, formal o informal, de actividades, oficios o profesiones relacionados con: (i) guardaespaldas, vigilante, transportista de dinero, (ii) piloto o tripulante de líneas aéreas no regulares, (iii) chofer de transporte urbano y motociclistas que utilicen su vehículo como medio de trabajo (mensajeros, mototaxistas, despachadores), (iv) obrero de construcción que realice trabajos en alturas superiores a 15 metros, (v) minero de socavón, (vi) manipulación de explosivos, (vii) trabajo en horno, (viii) trabajo en plataformas petrolíferas, (ix) corresponsal de guerra, (x) cambista ambulatorio y/o (xi) estibadores?

SÍ

NO

c) ¿Actualmente es portador, ha sido diagnosticado o padecido, o se encuentra a la espera de resultados de exámenes médicos, o tiene intención de solicitar consejo médico debido a las siguientes enfermedades: (a) enfermedades del corazón y vasos sanguíneos (venas y arterias), (b) cáncer y/o tumores, (c) enfermedades renales, (d) enfermedades neurológicas, (e) enfermedades del hígado, (f) VIH/SIDA, (g) dolencia hipertensiva, (h) bocio tóxico (hipertiroidismo), (i) diabetes mellitus, (j) tuberculosis, (k) dolencia mental de todo tipo o tiene algún impedimento físico?

SÍ

NO

d) ¿Le han diagnosticado COVID-19, cuándo? ¿Tiene alguno de los síntomas propios de este padecimiento como tos seca, dolor de garganta, alta temperatura, fiebre, fatiga o dolor corporal?

SÍ

NO

e) ¿Ha tenido contacto con alguna persona que haya padecido esta enfermedad? ¿Cuándo?

SÍ

NO

f) En caso alguna(s) de sus respuestas anteriores (preguntas a, b, c, d y e) haya(n) sido afirmativa(s), por favor detalle su respuesta:

De no ser aprobada la solicitud de opción de continuidad:

Indique el número de cuenta donde desee recibir la devolución del pago realizado.

Depósito en cuenta bancaria del BCP (debe ser del contratante de la póliza)

Abono en otros bancos (solo para depósitos en Banco Scotiabank, Banco Interbank, Banco Continental, Banco de la Nación, Banco Financiero y BanBif)

Nombre de la Entidad Financiera _____

Tipo de Cuenta Bancaria Dólares () Soles () _____

(La cuenta debe pertenecer al contratante de la póliza).

(Es necesario registrar los 20 dígitos de la cuenta, incluyendo los códigos interbancarios).

(Tome nota de qué tipo de cambio será considerado por la Entidad Financiera a la cual se realice la transferencia).

Ley 29733 - Protección de Datos Personales: Declaro conocer que la información del presente documento se incluirá en los sistemas y base de datos de la Compañía, quien podrá registrarlos y utilizarlos para la ejecución del contrato de seguros. Asimismo, otorgo consentimiento previo, informado, expreso e inequívoco para que los comparta con sus empresas vinculadas (Grupo Credicorp), a fin que puedan ofrecermé productos y/o servicios que pudieran ser de mi interés. La Compañía asegura la confidencialidad de los datos y garantiza que no los compartirá con empresas ajenas a sus vinculadas, salvo autorización expresa del cliente o cuando la ley así lo requiera y/o permita. Asimismo, autorizo expresamente a la Compañía a ofrecer sus productos y servicios a través de: a) llamadas telefónicas, b) mensajes de texto y c) correos electrónicos, a los números telefónicos (fijo/celular) y direcciones de correo electrónico indicados en la presente solicitud.

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

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 misma (cargo, grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación). Agradeceré tomar en cuenta lo antes expuesto para los fines que se estime conveniente.

Declaro en representación de mi persona y de cualquier persona que tenga o reclame algún interés sobre esta póliza, que cada una de las respuestas que figuran más arriba son completas y veraces, y estoy de acuerdo en que sean tomadas como única base para la rehabilitación convencional, cambio o emisión del seguro al cual se refiere esta solicitud, y que tal rehabilitación convencional, cambio o emisión no será considerada, efectuada, por razón de cualquier pago en efectivo o acuerdo tomado en relación con el pago de, o a cuenta de, la suma que ahora se debe, hasta que esta solicitud sea debidamente aprobada en la oficina principal de la Compañía o que la aceptación, retención, depósito o conversión en efectivo de cualquier pago, o acuerdo de pago, hecho por la Compañía o por su agente autorizado no constituirá exoneración o abandono ni afectará a dicha condición de otra forma.

Es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad o declaración inexacta, dolosa o con culpa inexcusable determina la nulidad del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8º 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 que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, la Compañía podrá informarme la revisión del contrato; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones dará derecho a la Compañía a resolver el contrato del seguro.

Firma del Asegurado

DNI: _____

Firma del Contratante
(Solo si fuera una persona
distinta al Asegurado)

DNI/RUC/CE: _____

Firma del Asesor

* Si el contratante es una persona jurídica es necesario el sello de la empresa y la firma del representante legal.

Como intermediario declaro que el solicitante/cliente ha firmado este documento en mi presencia.

PACÍFICO SEGUROS NO AUTORIZA A SU PERSONAL A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO POR CONCEPTO DE PRIMA DE SEGURO EN FORMA PERSONAL. En ese sentido, Pacífico Seguros no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el cliente decida entregar al asesor o a cualquier otro funcionario a pesar de conocer esta prohibición.