

## Solicitud de opción de continuidad.

(Antes Rehabilitación)

La solicitud deberá ser llenada de forma completa y veraz para una óptima evaluación. El medio de pago para la opción de continuidad para las pólizas emitidas por el BCP es únicamente a través de tarjetas o cuentas emitidas por el BCP.

Fecha 

Día	Mes	Año

Yo, \_\_\_\_\_ con D.N.I. N° \_\_\_\_\_

solicito acceder a la opción de continuidad de la póliza \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado : \_\_\_\_\_

Nombre del Contratante : \_\_\_\_\_

**DOMICILIO CONTRACTUAL (EN CASO DE PERSONA NATURAL O PERSONA JURÍDICA)**

Dirección electrónica (correo electrónico): \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

**Nota:** Es indispensable adjuntar Declaración de Salud, Fotocopia de Documento de Identidad, Voucher del Pago Realizado (Consignar N° de operación que figura en el Voucher) N°: \_\_\_\_\_

Motivo por el que su póliza fue dada de baja: \_\_\_\_\_

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

Indique detalladamente las actividades y tareas que usted desarrolla cotidianamente en su lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

¿Viaja en líneas aéreas no regulares (avionetas, helicópteros, etc.)? \_\_\_\_\_

Practica o ha realizado deportes o aficiones que puedan considerarse peligrosas tales, como motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, ala delta, paracaidismo, planeador o tauromaquia. ¿Algún otro deporte o afición de alto riesgo? Especifique. \_\_\_\_\_

Indique cual es su ingreso anual (indicar monedas) \_\_\_\_\_

### De ser aprobada la Solicitud de Opción de Continuidad :

\*Para los seguros de Accidentes Personales, solo se podrá acceder a la opción de continuidad hasta un año después de la fecha de terminación de contrato.

¿Qué frecuencia de pago va a utilizar?    1. Mensual     2. Semestral     3. Anual

### De ser no ser aprobada la Solicitud de Opción de Continuidad :

Indique el número de cuenta donde se desea recibir la devolución del pago realizado

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

Abono en otros bancos (solo para depósitos en Banco Scotiabank, Banco Interbank, Banco Continental, Banco de la Nación, Banco Pichincha y Banbif).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

Nombre de la Entidad Financiera \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta Bancaria:

Ahorros     Corriente     Maestra     Dólares     Soles

(La cuenta debe pertenecer al contratante de la póliza)

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

(El tipo de cambio será considerado por la Entidad Financiera a la cual se realice la transferencia)

Autorizo incorporar mis datos personales a la base de **Pacífico Seguros** para actualizarlos y completarlos, accediendo a fuentes públicas, analizar mi perfil para ofrecerme productos personalizados y transferidos a las empresas del Grupo Credicorp y socios comerciales que se indiquen en el tiempo en [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe), quienes utilizarán mis datos para los mismos fines que **Pacífico Seguros**. Autorizo a que mi información permanezca en la base de datos hasta 10 años después de finalizar la relación con **Pacífico Seguros**. Tengo conocimiento que debo comunicar cualquier actualización y puedo acceder a mis datos, rectificarlos, oponerme a su uso o revocar el consentimiento en Pacífico, [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe) o por teléfono\*. Ver mayor detalle en nuestra política de privacidad (<https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>).

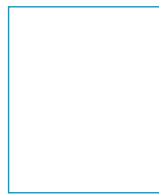
Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con la evaluación de la presente solicitud, con la(s) pólizas de seguro solicitada(s) y con la(s) póliza(s) contratada(s) anteriormente con la Compañía, de ser el caso, a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome a informar por escrito por escrito cualquier variación con por los 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.

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).

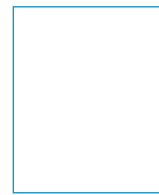
Agradeceré tomar en cuenta lo antes expuesto para los fines que se estimen convenientes.



Huella Digital  
Asegurado



Huella Digital  
del Contratante



Huella Digital  
del intermediario

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado  
Consignar la firma del DNI

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del contratante  
(Solo si fuera una persona distinta al asegurado)  
Consignar la firma del DNI

\_\_\_\_\_  
Intermediario  
(Por favor consignar la firma del DNI)

\_\_\_\_\_  
D.N.I. N°:

\_\_\_\_\_  
D.N.I. / RUC:

\* 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 la responsabilidad alguna por cualquier monto que el cliente decida entregar al asesor o cualquier otro funcionario a pesar de conocer esta prohibición.

Agradeceré tomar en cuenta lo antes expuesto para los fines que se estimen convenientes.