

Solicitud de Opción de Continuidad (antes Rehabilitación)

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

Fecha: / /

Yo, _____, con DNI 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 del 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, tauromaquia. ¿Algún otro deporte o afición de alto riesgo? Especifique.

Indique cuál es su ingreso anual en US\$: _____

De ser aprobada la Solicitud de Opción de Continuidad:

* Para los seguros de Accidentes Personales distintos al seguro "Accidentes Retorno", solo se podrá acceder a la opción de continuidad hasta 1 año después de la fecha de terminación del contrato. Para el seguro "Accidentes Retorno" solo se podrá acceder a la opción de continuidad hasta 6 meses después de la fecha de terminación del contrato.

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

* Para los productos "Accidentes Retorno" y "Vida Retorno" solo se podrá elegir la frecuencia de pago mensual.

Solo para cargos automáticos:

¿Cuál será la modalidad de pago para sus cargos recurrentes o futuros?

A. Banco: _____ N° de cuenta: _____

B. Tarjeta de crédito: _____ Tipo de cuenta: _____

C. Cupón: Semestral ☐ Anual ☐

VISA ☐ MASTERCARD ☐ RIPLEY ☐ AMEX ☐ DINERS ☐ VISA SOLES ☐

N° Fecha de vencimiento: -

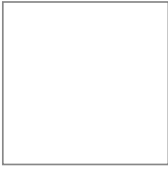
* Para los productos "Accidentes Retorno" y "Vida Retorno" deberá proporcionarse un medio de pago emitido por el BCP, en tanto se tratan de productos exclusivos para clientes del BCP.

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 ofrecerme 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 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 (carga, grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación).

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

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)	
	Huella digital del asegurado		Huella digital del contratante*		Huella digital del intermediario

DNI N°: _____

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

Teléfono: 518-4500

Línea gratuita: 0-800-1-8432

Email: consultasserviciocliente@pacificovida.com.pe

Web: www.pacifico.com.pe