

Lima, ____ de ____ del ____

Señores

PACÍFICO SEGUROS

Presente.-

Atención Servicio al Cliente

De mi consideración:

Mediante la presente, solicito se sirva cambiar el contratante en mi(s) póliza(s) _____ y _____

¿ El Contratante es el propuesto asegurado? Sí ☐ No ☐ Vínculo con el propuesto asegurado _____**EN CASO DE PERSONA NATURAL:**

Apellidos y nombre(s) _____

Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°: _____ Nacionalidad: _____ Fecha Nac.: ____/____/____**Sexo:** M ☐ F ☐ **Estado civil:** Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Conviviente ☐

Teléfonos: Casa () _____ Móvil () _____ Oficina () _____

Dirección física: Jr. ☐ Av. ☐ Ca. ☐ _____ N° _____ Int. _____ Mz. _____ Lote _____

Tipo de agrupamiento _____ Nombre de agrupamiento _____

Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____

Referencia: _____

Ingreso Anual US\$ _____ ¿De dónde provienen sus ingresos? _____

Empleador / Empresa donde trabaja _____ Giro _____**Cargo:** Gerente ☐ Ejecutivo ☐ Empleado ☐ Otro ☐ Profesión / Ocupación _____Realiza labores: Administrativas ☐ Administrativas y operativas ☐ Administrativas y de campo ☐ Operativas y/o de campo ☐

Indicar detalladamente actividades y tareas que desarrolla de manera cotidiana en su centro de trabajo:

Dirección de la empresa donde trabaja actualmente: Jr. ☐ Av. ☐ Ca. ☐ _____

N° _____ Int. _____ Mz. _____ Lote _____ Tipo de agrupamiento _____ Nombre de agrupamiento _____

Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____

Referencia: _____

Responder:

- a. ¿El solicitante certifica que él(ella), como contratante y/o el asegurado (en caso de ser persona distinta), es (son) ciudadano(s), residente(s) o residente(s) fiscal(es) de los EE.UU. para los fines del impuesto a la renta? Sí ☐ No ☐

EN CASO DE PERSONA JURÍDICA:

Razón social _____

RUC: _____ Giro _____ Ingreso anual en US\$ _____

Nombre del Representante Legal _____ Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°: _____**Administrador / Gerente** _____ Doc. Identidad: DNI ☐ CE ☐ N°: _____

Responder:

2) En caso el solicitante sea una persona jurídica:

- a. ¿Cuenta la empresa solicitante con algún accionista que sea ciudadano(s), residente(s) o residente(s) fiscal(es) de los EE.UU., con una participación mayor al 10%? Sí ☐ No ☐
- b. En caso la pregunta (2) a. sea afirmativa, por favor indique si más del 50% de los ingresos brutos de la empresa provienen de ingresos pasivos; se entiende por ingresos pasivos: dividendos, intereses, rentas y regalías, anualidades, ganancias por venta o intercambio de propiedades, ganancias por las transacciones en commodities, futuros, forwards, etc. Sí ☐ No ☐

CESIÓN DEL DERECHO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El contratante cede en forma expresa, incondicional y de manera irrevocable a favor del asegurado el derecho a nombrar al beneficiario o a los beneficiarios del contrato de seguro de ser aprobada esta modificación. De esta manera, el asegurado podrá modificar la designación de los beneficiarios las veces que lo considere necesario. En caso de no contestar esta pregunta se considerará "No" como respuesta. **Sí** ☐ **No** ☐

DOMICILIO CONTRACTUAL (TANTO PARA PERSONA NATURAL O PERSONA JURÍDICA)

a) Dirección electrónica (correo electrónico): _____ @ _____

b) Dirección física: _____

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 al menos quince (15) días de anticipación, en 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 estime convenientes.

Firma del asegurado

Consignar la firma del DNI

Tipo y N° de documento: _____

Huella digital
del asegurado

Firma del nuevo contratante*

Consignar la firma del DNI

Tipo y N° de documento: _____

Huella digital del
nuevo contratante

Firma del contratante anterior*

Consignar la firma del DNI

Tipo y N° de documento: _____

Huella digital del
contratante anterior

Firma del intermediario

Consignar la firma del DNI

Tipo y N° de documento: _____

Huella digital del
intermediario

Nota. Adjuntar lo siguiente:

- Formato de modalidad de pago (firmada por el nuevo contratante y sello en caso de persona jurídica)
- Copia del documento de identidad del Asegurado
- Copia del documento de identidad del Contratante (o representante legal)

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