

Solicitud de rehabilitación convencional



pacífico

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

Fecha: / /

Yo, _____, con DNI N° _____, solicito la rehabilitación de la póliza convencional N°: -/ .

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 rehabilitación convencional 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 cual es su ingreso anual en US\$: _____

De ser aprobada la Solicitud de rehabilitación convencional:

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

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: -

Solicito y autorizo a la compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de mi dirección electrónica, 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 informada 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).

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.

_____ Firma del asegurado Consignar la firma del DNI	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> Huella digital del asegurado	_____ Firma y sello del contratante (solo si fuera una persona distinta al asegurado) Consignar la firma del DNI	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> Huella digital del contratante*	_____ Intermediario (por favor consignar la firma del DNI)	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> 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 DE VIDA 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 de Vida 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.pacificoseguros.com