

Fecha

Póliza N°

Yo,

con DNI/RUC N° solicito la modificación de mi(s) póliza(s):

En todas mis pólizas

Nombre del asegurado:

Nombre del contratante:

Teléfonos:

Nota: Es indispensable que adjunte copia de su documento de identidad vigente.

1 Cambio de domicilio contractual

Dirección electrónica^(A):

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

2 Cambio/Corrección de nombres/apellidos o razón social del

Asegurado Contratante Beneficiario Tutor

Dice:

Debe decir:

3 Corrección del documento de identidad del:

Asegurado Contratante Beneficiario Tutor

Dice:

Debe decir:

4 Corrección de fecha de nacimiento del:

Asegurado Contratante Beneficiario

Dice:

Debe decir:

5 Corrección del nombre debido a matrimonio, divorcio o estado civil del:

Asegurado Contratante Beneficiario

Dice:

Debe decir:

6 Cambio en la frecuencia de pago de prima^(B)

Solicito se cambie a: Mensual Semestral Anual

Si su nueva frecuencia de pago es semestral o anual, podrá elegir una de las siguientes opciones de Modalidad de Pago. Por favor, marca la opción elegida:

Pago Directo Débito en Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria

(Si elige la opción **Débito de Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria**, deberá llenar un nuevo Formulario de Cambio de Cuenta / Tarjeta, confirmando su nueva modalidad de pago).

7 Copia de póliza

(A) El cambio de dirección electrónica aplica a todas sus pólizas.

(B) El cambio no afectará las cobranzas que estén actualmente pendientes, por lo que es necesario realizar el pago de estas primas antes de gestionar el cambio de frecuencia. Asimismo, el cambio no aplica a los productos "Accidentes Retorno" y "Vida Retorno" comercializados a través del BCP.

8 Cambio en la cobertura^(C):Nuevo capital asegurado
(Indicar moneda)

Vida Principal	
Beneficio de muerte accidental	
Beneficio de invalidez accidental	
Exención del débito mensual	
Exención del pago de prima	
Otro:	
Prima excedente	
Nueva prima total	

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234° y 1237° del Código Civil. De aceptar la Compañía la presente solicitud, las primas podrán pagarse en Dólares Americanos o Nuevos Soles al tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago. El tipo de cambio venta se publica diariamente en las ventanillas de las entidades recaudadoras.

IMPORTANTE: Las primas y las sumas aseguradas de cada uno de los seguros solicitados deben estar en la misma moneda.

Las primas de los planes de vida contratados por personas naturales no incluyen IGV. Las pólizas de seguros de vida individual se encuentran inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú.

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

¿Viaja en líneas aéreas no regulares? ¿Cuáles? _____

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

Indique cuál es su ingreso anual en dólares _____

Fecha

Firma del asegurado
Consignar la firma del DNI

DNI:

Firma del contratante
(si es diferente del asegurado)
Consignar la firma del DNI*

DNI/RUC:

NOTA: Las modificaciones solicitadas en este formulario surtirán efecto solo si son aceptadas por la compañía. La aceptación se perfecciona mediante la emisión del endoso correspondiente.

Nombre del asesor _____ Código del asesor _____

PACÍFICO SEGUROS NO AUTORIZA A SU PERSONAL A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO 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.

Ley 29733: Ley de Protección de Datos Personales: Declaro conocer que la información del presente documento se incluirá en los sistemas y base de datos de Pacífico Seguros, quien podrá registrarlos y utilizarlos para la ejecución del contrato de seguro. 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. Pacífico Seguros asegura la confidencialidad de los datos y garantiza que no los compartirá con terceras empresas ajenas a sus vinculadas, salvo autorización expresa del cliente o cuando la ley así lo requiera.

(C) Adjuntar Declaración de Salud actual con la firma del solicitante.

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