

Seguro Respaldo - Solicitud de Seguro

Póliza Grupal N° 64721 – Código de Registro SBS N° VI2007200232

Datos del Asegurado

Tipo de documento	DNI <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	N°	<input type="text"/>
Apellido Paterno				Apellido Materno	<input type="text"/>
Nombre				Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
Correo electrónico				Teléfono	<input type="text"/>

Domicilio Contractual será la dirección física ingresada en los sistemas de BCP y el correo electrónico proporcionado en la presente solicitud/certificado.

Edad máxima de ingreso: A la firma de la solicitud/certificado, el Asegurado no deberá superar los 65 años y 364 días de edad. **Edad máxima de permanencia:**

El asegurado podrá mantener el seguro hasta cumplir los 70 años y los 364 días de edad. **Relación del asegurado con el contratante:** Cliente.

Datos del beneficiario (En caso de muerte natural y accidental del asegurado):

a) Herederos legales

b) Otros Beneficiarios

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI	Parentesco	%

Si no llenó el recuadro, si marcó ambas opciones, si no llenó la información completa o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se registrará como beneficiarios a los herederos del Asegurado, instituidos de acuerdo a ley, conforme a lo antes expuesto.

El beneficiario de las coberturas de Indemnización por Cáncer y Renta por Hospitalización es el propio Asegurado.

Plan elegido, prima comercial y forma de pago:

Plan Elegido (frecuencia) y Prima Comercial:

Plan mensual		Plan anual	
<input type="checkbox"/>	S/ 12.99	<input type="checkbox"/>	S/ 142.89
<input type="checkbox"/>	US\$ 3.95	<input type="checkbox"/>	US\$ 43.30

Tipo medio de pago:

N° Cuenta de ahorros

El monto de la prima no incluye IGV. La póliza está inafecta al IGV cuando el comprobante de pago se expide a personas naturales residentes en el Perú. La primera prima será cargada en la cuenta/tarjeta afiliada dentro de los 30 días siguientes a la suscripción del presente Documento, salvo que el Asegurado haya realizado el pago en dicho momento. El pago de las primas siguientes vencerá en igual día del primer mes del periodo de cobertura correspondiente. **La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el seguro por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946. En todo caso, transcurridos 90 días desde el vencimiento del plazo para el pago de la prima, se entiende que el seguro queda extinguido.**

Fecha de venta

Vendedor

Agencia

Coberturas y Sumas Aseguradas

Coberturas	Suma Asegurada	Periodo de carencia
Vida: Si se produce el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional.	S/ 20 000	No aplica
Indemnización por Cáncer: Si al Asegurado se le diagnostica cáncer; siempre y cuando sea el primer diagnóstico de esta enfermedad durante la vigencia de la cobertura , el cual deberá estar sustentado a través de un Examen Anatomopatológico.	S/ 8 000	No aplica
Renta por Hospitalización: Si el Asegurado debe ser internado necesariamente en un hospital o clínica por disposición de un médico. Se cubrirá desde el 02 día, hasta un máximo de 90 renovables cada año de vigencia de la cobertura.	S/ 50 por día. Máximo por 90 días.	Deducible: 1er día de hospitalización.

Periodo de carencia:

No procederá el pago de las coberturas del seguro si el siniestro se produce con anterioridad al fin del "Periodo de Carencia" antes señalado. El "Periodo de Carencia" se contabiliza desde la fecha en la cual el Asegurado presenta la Solicitud de Afiliación ante el Contratante.

Definiciones importantes:

- **Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de células malignas con crecimiento descontrolado, así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos. Se cubre el primer diagnóstico de cáncer.
- **Diagnóstico:** Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio, incluyendo el informe anatomopatológico del paciente.
- **Hospital/Clínica:** Institución legalmente autorizada como tal para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales. **No se consideran hospitales o clínicas, los consultorios, policlínicos, postas de salud, hoteles, balnearios, residencias, asilos, casas de reposo, casa para convalecencia, manicomios o instituciones para tratamiento psiquiátrico e instituciones dedicadas especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas o al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos, problemas de peso o tratamientos quiroprácticos.**
- **Médico:** Persona graduada en estudios de Medicina Humana de una universidad reconocida por la autoridad educativa del Perú y que posea título profesional a nombre de la Nación, para el caso de médicos peruanos, y título equivalente, para el caso de médicos extranjeros. **El médico no podrá ser el mismo Asegurado ni un pariente consanguíneo en cuarto grado o por afinidad en segundo grado del mismo.**

Exclusiones (situaciones donde el seguro no cubre)

No se otorgará la cobertura de seguro cuando el siniestro se produzca a consecuencia de:

- Para todas las coberturas:** (a) Enfermedades o dolencias preexistentes a la fecha de afiliación al seguro; o, enfermedades congénitas. (b) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que la afiliación al seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos años. (c) Accidentes aéreos, excepto como pasajero de vuelo comercial sobre ruta sujeta a itinerario regular. (d) Participación como sujeto activo en un acto delictivo o tipificado como delito. (e) Guerra declarada o no, actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole; actos de guerrilla, rebelión, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular. (f) Práctica o participación en los siguientes deportes: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas, como piloto o acompañante. (g) Estado etílico, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos – litro, o uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes; salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo. (h) La participación del Asegurado en actos temerarios, entendiéndose como tales a aquellos actos o actividades que pongan en grave peligro su vida e integridad física.
- Además, para la cobertura de Indemnización por Cáncer:** (a) Cáncer de piel (excepto melanoma maligno). (b) Tumores benignos.
- Además, para la cobertura de Renta por Hospitalización:** (a) El uso o adicción a drogas, estupefacientes o alcohol. (b) Embarazo y maternidad o tratamiento de infertilidad. (c) Obesidad o esterilización, cambio de sexo. (d) Enfermedades contagiosas epidémicas que requieren aislamiento. (e) Chequeos médicos o despistajes, cirugía estética o plástica con fines de embellecimiento, curas de reposo, surmenage, enfermedades emocionales o psicológicas.

Declaraciones y Autorizaciones del Asegurado

1. Declaro conocer que no son asegurables: (a) fiscales, jueces o vocales, (b) cargos políticos (alcaldes, regidores, congresistas, etc.), (c) guardaespaldas, vigilante, (d) obrero de construcción, (e) minero de socavón, (f) electricista, (g) manipulación de explosivos, (h) tripulante de embarcaciones, (i) policías militares, (j) trabajo de horno, soldador, (k) salvavidas, (l) trabajo en plataformas petrolíferas, (m) corresponsal de guerra, (n) cambista ambulatorio, (ñ) transporte de dinero, (o) trabajo en altura (mayor a 10 metros), (p) mototaxista, (q) venta de joyas en forma ambulatoria, (r) personas que se dedican habitualmente a la práctica de automovilismo, motociclismo, motocross, parapente ala delta, alpinismo, andinismo, montañismo, boxeo, taekwondo, motonáutica, buceo, esquí acrobático, equitación, caza, toreo, puenting, sky surf, paracaidismo u otro notoriamente riesgoso.

2. Declaro que las respuestas dadas en la presente solicitud están hechas bajo declaración jurada, son verídicas y completas, y es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad de circunstancias relevantes o declaración inexacta, dolosa o mediando culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato de seguro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguros. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta o reticente de circunstancias relevantes que no obedece a dolo o culpa inexcusable, la Compañía podrá informarme la revisión del seguro; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el seguro.

3. Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la Compañía está disponible en la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) y en el Registro de Pólizas de la SBS bajo el Código N° VI2007200232, el cual es de acceso público a través de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe). En particular declaro conocer que el **seguro se renovará automáticamente, en las mismas condiciones, salvo que la Compañía informe al Contratante por escrito las modificaciones en caracteres destacados con por lo menos 45 días de anticipación. El Contratante dispondrá de 30 días para manifestar su rechazo, en caso contrario se entenderán aceptadas las nuevas condiciones. No procederá la renovación automática del seguro en caso rechace las modificaciones propuestas dentro del plazo antes indicado o el Contratante manifieste su intención de no renovarlo.**

4. Protección de Datos Personales:

Para la correcta ejecución de la relación contractual, EL CONTRATANTE / ASEGURADO ("EL CLIENTE") se obliga a mantener actualizada su información personal, financiera y crediticia ("LA INFORMACIÓN") y reconoce que PACÍFICO SEGUROS podrá tratarla, actualizarla, completarla y realizar flujos transfronterizos conforme a ley.

PACÍFICO SEGUROS conservará, tratará y realizará flujos transfronterizos con LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato. Para el tratamiento de La INFORMACIÓN de EL CLIENTE, PACÍFICO SEGUROS utilizará diversos Encargados ubicados en el Perú y el extranjero, los cuales se han puesto a disposición del El cliente y también se encuentran detallados en <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>.

Su información será incluida en el banco de datos de Usuarios que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo el número de registro RNPDP-PJ N.° 774, de titularidad de PACÍFICO SEGUROS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú.

EL CLIENTE puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público o por teléfono o a través del Chat ubicado en nuestra página web www.pacifico.com.pe. El detalle de nuestra Política de Privacidad se encuentra disponible en: <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>.

5. Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica proporcionada al Banco de Crédito del Perú la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación con por lo menos, 15 días de anticipación. Se considerarán como válidas para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la dirección electrónica indicada en el presente documento o a la última dirección electrónica comunicada a la Compañía en observación del plazo antes indicado. 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); salvo que en la Ley del Contrato de Seguro se establezca que la comunicación debe ser escrita.

Derecho de Arrepentimiento: El Asegurado podrá resolver el contrato respecto de sí mismo, sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro, dentro de los quince (15) días siguientes de recibido el correspondiente Certificado de Seguro, en cuyo caso, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

Mediante la firma del presente documento, acepto afiliarme a la **Póliza Grupal N° 64721 – SEGURO RESPALDO**; emitida por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (Pacífico Seguros o la Compañía) y contratada por el Banco de Crédito del Perú, por lo que declaro conocer que me encuentro protegido dentro de los límites, condiciones y términos de las coberturas indicadas líneas arriba. Si bien La Compañía debe de entregar y/o poner a disposición del Asegurado de manera física o electrónica los certificados de seguro dentro del plazo de 15 días calendario de haber presentado la respectiva solicitud de afiliación, a la firma del presente documento, declaro haber recibido el referido Certificado

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro al Banco de Crédito del Perú o a la Compañía, la que le será proporcionada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio.

La Compañía es responsable frente al Asegurado por la cobertura contratada, así como por todos los errores u omisiones en que incurra el Banco de Crédito del Perú con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros, se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado mediante Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Asegurado o sus beneficiarios al Banco de Crédito del Perú con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía y tienen los mismos efectos.

ESTE SEGURO NO ES OBLIGATORIO: Al firmar esta Solicitud / Certificado usted acepta pagar una prima mensual de S/ 12.99 / US\$ 3.95 o anual de S/ 142.89 / US\$ 43.30 según el plan elegido, el cual será debitado de la cuenta / tarjeta, que haya autorizado.

Firma del Asegurado

SEGURO NO OBLIGATORIO
Costo:
S/ 12.99/US\$3.95 (Plan Mensual)
S/ 142.89/US\$43.30 (Plan Anual)

Matrícula Vendedor

□ □ □ □ □ □ □ □

Agencia

□ □ □ □ □ □ □ □

COMPAÑÍA DE SEGUROS:
PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS
Y REASEGUROS
RUC: 20332970411 T: 5135000
Av. Juan de Arona 830, San Isidro - Lima

CONTRATANTE Y COMERCIALIZADOR
BANCO DE CRÉDITO BCP
RUC: 20100047218 / T: 313-2000 / F: 313-2119
Dirección:
Av. Centenario Nro. 156 Urb. Las Laderas, La Molina, Lima