

Lima, ____ de _____ de _____

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 de 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 (indicar moneda) _____ ¿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 Contratante/Asegurado ha nacido en EE.UU, tiene nacionalidad americana, tiene permiso de residencia en los EE.UU o tiene residencia fiscal en un país distinto a Perú? (Al marcar "sí" debe completar la Declaración Jurada de Residencia Fiscal para Personas Naturales). Sí No

EN CASO DE PERSONA JURÍDICA:

Razón social _____

RUC _____ Giro _____ Ingreso anual (indicar moneda) _____

Nombre del representante legal _____ Doc. identidad: DNI CE N° _____Administrador / Gerente _____ Doc. identidad: DNI CE N° _____**IMPORTANTE**

En caso el Contratante sea persona jurídica: de acuerdo con las regulaciones FATCA y/o CRS todas las empresas que contraten un producto/póliza de seguros, que tengan algún componente de ahorro y/o inversión, deben completar una Declaración de Residencia Fiscal y actividad económica.

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).

Completa solo una de las sgtes. opciones:

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

b) Dirección física: _____

Tras elegir solo una de las opciones arriba indicadas, procedo a solicitar y autorizar a la Compañía a notificarme, solo en la opción elegida, cualquier comunicación relacionada con la evaluación de la presente solicitud, respecto a 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 del domicilio contractual elegido líneas arriba, el mismo 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 o física) 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).

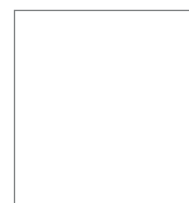
Agradeceré tomar en cuenta lo antes expuesto para los fines que se estime convenientes.

 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: _____



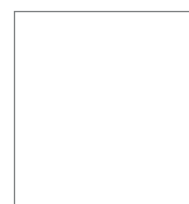
Huella digital del
nuevo Contratante

 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.