

## Seguro Múltiple - Solicitud de Seguro

Póliza N° 46947 - Código de registro SBS N° VI20017210032 y VI2007220040

### 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 60 años y 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	%

Por las coberturas de invalidez, reembolso por emergencia médica accidental, reembolso por cáncer, renta hospitalaria y adelanto por enfermedad terminal, el beneficiario será 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/ 9.90	<input type="checkbox"/>	S/ 99.00
<input type="checkbox"/>	US\$ 3.50	<input type="checkbox"/>	US\$ 35.00

#### Tipo medio de pago:

N° Cuenta de ahorros

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.

El primer cobro se realizará dentro de los 30 días siguientes a la firma de esta solicitud/certificado, salvo que el asegurado acepte que se realice hoy.

Sí acepto  No acepto

Los siguientes cobros se realizarán el mismo día del primer cobro. Las coberturas podrán ser suspendidas por falta de pago y transcurridos 90 días desde el vencimiento del plazo el seguro se cancela, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946.

El certificado de seguro se entregará al asegurado a la firma de esta solicitud/certificado y se enviará una copia al correo electrónico si el asegurado lo acepta.

Sí acepto  No acepto

**ESTE SEGURO NO ES OBLIGATORIO: al firmar esta solicitud/certificado usted acepta pagar una prima mensual de S/ 9.90/ US\$3.50 o anual de S/ 99.00/US\$35.00 según el plan elegido, el cual será debitado de la cuenta, que haya autorizado.**

Fecha de venta

Vendedor

Agencia

## Seguro Múltiple - Certificado de Seguro

Póliza N° 46947 - Código de registro SBS N° VI20017210032 y VI2007220040

### 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 60 años y 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	%

Por de las coberturas de invalidez, reembolso por emergencia médica accidental, reembolso por cáncer, renta hospitalaria y adelanto por enfermedad terminal, el beneficiario será 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/ 9.90	<input type="checkbox"/>	S/ 99.00
<input type="checkbox"/>	US\$ 3.50	<input type="checkbox"/>	US\$ 35.00

#### Tipo medio de pago:

N° Cuenta de ahorros

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.

El primer cobro se realizará dentro de los 30 días siguientes a la firma de esta solicitud/certificado, salvo que el asegurado acepte que se realice hoy.

Sí acepto  No acepto

Los siguientes cobros se realizarán el mismo día del primer cobro. Las coberturas podrán ser suspendidas por falta de pago y transcurridos 90 días desde el vencimiento del plazo el seguro se cancela, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946.

El certificado de seguro se entregará al asegurado a la firma de esta solicitud/certificado y se enviará una copia al correo electrónico si el asegurado lo acepta.

Sí acepto  No acepto

**ESTE SEGURO NO ES OBLIGATORIO: al firmar esta solicitud/certificado usted acepta pagar una prima mensual de S/ 9.90/ US\$3.50 o anual de S/ 99.00/US\$35.00 según el plan elegido, el cual será debitado de la cuenta, que haya autorizado.**

Fecha de venta

Vendedor

Agencia