

Seguro Protección de Tarjetas - Solicitud de Seguro

Póliza N° 9201780 - Código de registro SBS N° RG0444100074

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	<input type="text"/>			Apellido Materno	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>			Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>			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.

Relación del asegurado con el contratante: Cliente.

Datos del beneficiario (Solo en caso de muerte accidental del asegurado):

a) Herederos legales

b) Otros Beneficiarios

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI	Parentesco	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El beneficiario de todas las coberturas con excepción de muerte accidental, será el propio Asegurado.

Plan elegido, prima comercial y forma de pago:

Plan Elegido (Frecuencia)	Plan anual	Plan Mensual
Prima Comercial (Incluye IGV)	<input type="checkbox"/> S/ 142.89	<input type="checkbox"/> S/ 12.99

Tipo Medio de Pago: Credimás Visa Amex N° de tarjeta:

La prima se cobrará en la moneda de la cuenta o tarjeta autorizada. En caso se realice cambio de tarjeta, autorizo a la compañía a continuar efectuando el cobro de la prima.

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

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/ 12.99 o anual de S/ 142.89 según el plan elegido, el cual será debitado de la cuenta o tarjeta, que haya autorizado.

Fecha de venta

Vendedor

Agencia

Seguro Protección de Tarjetas – Certificado de Seguro

Póliza N° 9201780 - Código de registro SBS N° RG0444100074

EL PRESENTE CERTIFICADO Y SU RESPECTIVO RESUMEN INFORMATIVO CONTIENEN LAS PRINCIPALES CONDICIONES DEL SEGURO CONTRATADO, LAS CUALES SE DESCRIBEN EN SUS 5 PÁGINAS

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	<input type="text"/>			Apellido Materno	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>			Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>			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.

Relación del asegurado con el contratante: Cliente.

Datos del beneficiario (Solo en caso de muerte accidental del asegurado):

a) Herederos legales

b) Otros Beneficiarios

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI	Parentesco	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El beneficiario de todas las coberturas con excepción de muerte accidental, será el propio Asegurado.

Plan elegido, prima comercial y forma de pago:

Plan Elegido (Frecuencia)	Plan anual	Plan Mensual
Prima Comercial (Incluye IGV)	<input type="checkbox"/> S/ 142.89	<input type="checkbox"/> S/ 12.99

Tipo Medio de Pago: Credimás Visa Amex N° de tarjeta:

La prima se cobrará en la moneda de la cuenta o tarjeta autorizada. En caso se realice cambio de tarjeta, autorizo a la compañía a continuar efectuando el cobro de la prima.

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

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/ 12.99 o anual de S/ 142.89 según el plan elegido, el cual será debitado de la cuenta o tarjeta, que haya autorizado.

Fecha de venta

Vendedor

Agencia