

Fecha: _____

Este formato es exclusivo para todos los productos de Vida Individual y Accidentes Personales del BCP.

La solicitud deberá ser llenada de forma completa y veraz para una óptima evaluación.

Yo, _____, identificado(a) con DNI/CE/RUC N° _____

solicito acceder a la opción de continuidad de la póliza N° _____

Nombre del contratante: _____

Motivo por el que su póliza fue dada de baja: _____

Motivo por el que se solicita la opción de continuidad de la póliza: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Indique su ocupación actual: _____ Indique el nombre de su empresa: _____

DOMICILIO CONTRACTUAL

Dirección electrónica (correo electrónico): _____ @ _____

(LLENAR OBLIGATORIAMENTE EN CASO DE NO CONTAR CON CORREO ELECTRÓNICO)

Dirección física: _____

DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO

Peso: _____ kg

Estatura: _____ m

a) ¿Actualmente realiza la práctica, como profesional o aficionado, en competencias deportivas o aficiones peligrosas o de alto riesgo, entendiendo por aquellas a los deportes o aficiones en las cuales el Asegurado esté continuamente expuesto a caídas, quemaduras, golpes, cortes, amputaciones, ahogo y/o muerte?

SÍ

NO

b) ¿Actualmente participa en la práctica o el desempeño, formal o informal, de actividades, oficios o profesiones relacionados con: (i) guardaespaldas, vigilante, transportista de dinero, (ii) piloto o tripulante de líneas aéreas no regulares, (iii) chofer de transporte urbano y motociclistas que utilicen su vehículo como medio de trabajo (mensajeros, mototaxistas, despachadores), (iv) obrero de construcción que realice trabajos en alturas superiores a 15 metros, (v) minero de socavón, (vi) manipulación de explosivos, (vii) trabajo en horno, (viii) trabajo en plataformas petrolíferas, (ix) corresponsal de guerra, (x) cambista ambulatorio y/o (xi) estibadores?

SÍ

NO

c) ¿Actualmente es portador, ha sido diagnosticado o padecido, o se encuentra a la espera de resultados de exámenes médicos, o tiene intención de solicitar consejo médico debido a las siguientes enfermedades: (a) enfermedades del corazón y vasos sanguíneos (venas y arterias), (b) cáncer y/o tumores, (c) enfermedades renales, (d) enfermedades neurológicas, (e) enfermedades del hígado, (f) VIH/SIDA, (g) dolencia hipertensiva, (h) bocio tóxico (hipertiroidismo), (i) diabetes mellitus, (j) tuberculosis, (k) dolencia mental de todo tipo o tiene algún impedimento físico?

SÍ

NO

d) ¿Le han diagnosticado COVID-19, cuándo? ¿Tiene alguno de los síntomas propios de este padecimiento como tos seca, dolor de garganta, alta temperatura, fiebre, fatiga o dolor corporal?

SÍ

NO

e) ¿Ha tenido contacto con alguna persona que haya padecido esta enfermedad? ¿Cuándo?

SÍ

NO

f) En caso alguna(s) de sus respuestas anteriores (preguntas a, b, c, d y e) haya(n) sido afirmativa(s), por favor detalle su respuesta:
