SOLICITUD DE SEGURO ONCOLÓGICO CORREDORES

Octubre 2020

Limpiar Formulario

* Fecha de solicitud: _____ dd/mm/aaaa

* 1. ¿CUÁL ES EL MOTIVO DE TU SOLICITUD?

☐ Póliza nueva ☐ Cambio de seguro/plan ☐ Inclusión de dependiente(s)

En caso de cambio de seguro o inclusión de dependientes, por favor incluye el N° de Póliza _____

2. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?

Oncológico Nacional ☐ Oncológico Internacional ☐

El envío de las pólizas de estos productos será únicamente por correo electrónico. Por favor, leer el numeral 4 de la sección IMPORTANTE (página 5/6).

Edad máxima de ingreso: **60 años** inclusive.

3. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	DNI ☐ CE ☐ PAS ☐

Sexo M ☐ F ☐	Fecha de Nac.	Peso (Kg)	Estatura (m)	Profesión y/o actividad actual	Nacionalidad

Dirección	Distrito

Provincia	Departamento	Celular	Correo electrónico

4. DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR ASEGURAR (CÓNYUGE/CONVIVIENTE/HIJOS)

1	Apellido paterno	Apellido materno		Nombres				
	Parentesco con el titular Seleccionar	DNI ☐ CE ☐ PAS ☐	Sexo M ☐ F ☐	Peso (Kg)	Estatura (m)	Nacionalidad	Fecha de Nac.	
2	Apellido paterno	Apellido materno		Nombres				
	Parentesco con el titular Seleccionar	DNI ☐ CE ☐ PAS ☐	Sexo M ☐ F ☐	Peso (Kg)	Estatura (m)	Nacionalidad	Fecha de Nac.	
3	Apellido paterno	Apellido materno		Nombres				
	Parentesco con el titular Seleccionar	DNI ☐ CE ☐ PAS ☐	Sexo M ☐ F ☐	Peso (Kg)	Estatura (m)	Nacionalidad	Fecha de Nac.	
4	Apellido paterno	Apellido materno		Nombres				
	Parentesco con el titular Seleccionar	DNI ☐ CE ☐ PAS ☐	Sexo M ☐ F ☐	Peso (Kg)	Estatura (m)	Nacionalidad	Fecha de Nac.	

5. DATOS DEL CONTRATANTE DEL SEGURO - RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PÓLIZA

¿Titular es igual al Contratante? SÍ ☐ NO ☐

Nombre completo (persona o empresa)	DNI ☐ CE ☐ RUC ☐	Tipo P. Natural ☐ P. Jurídica ☐	Fecha de Nacimiento

Nacionalidad	Celular	Dirección	Distrito

Provincia	Departamento	Correo electrónico	Correo electrónico (solo para envío de facturas electrónicas)

6. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (DEBE SER LLENADA POR EL ASEGURADO TITULAR)

Sírvete responder cada una de las preguntas indicadas a continuación marcando una "X" en el recuadro correspondiente. Asegúrate de que todas estén completas, de lo contrario la solicitud no podrá ser procesada y se tomará como no presentada.
Por favor, asegúrate también de responder según el orden de dependientes asignado en el cuadro de DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR ASEGURAR (página anterior, punto 4).

Nº	Pregunta	Titular		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1	¿Has sido diagnosticado y/o recibido tratamiento por: cualquier tipo de cáncer, neoplasias, tumores, pólipos, displasias, condilomas, leucoplasias, Tiroiditis de Hashimoto, Hepatitis B o C, Virus del Papiloma Humano, VIH-SIDA?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	¿Te encuentras recibiendo tratamiento hospitalario o quirúrgico por alguna condición o sintomatología que aún no tiene diagnóstico definitivo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	¿Tienes indicación médica para la realización de una biopsia, endoscopía digestiva alta, colonoscopía o te han realizado alguno de esos procedimientos?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	¿Fumas cigarrillos?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DEL PUNTO ANTERIOR FUE AFIRMATIVA (A EXCEPCIÓN DE LA PREGUNTA 4), COMPLETA ESTE CUADRO:

Nº	Nombre completo	Enfermedad o dolencia	Clínica o centro médico donde se atendió	Tratamiento recibido			Fecha de diagnóstico	Estado de salud actual*
				Medicamentos	Cirugías	Hospitalización		
								Seleccionar
								Seleccionar
								Seleccionar
								Seleccionar

* Indicar si está curado o en tratamiento.

7. EXONERACIÓN DE PERÍODOS DE CARENCIA*

Indicar si alguna de las personas por asegurar tiene o ha tenido cobertura médica en un seguro oncológico.

Nombre de la persona	Fecha de vigencia		Nombre de la compañía
	Desde	Hasta	

* Período de Carencia: Es el tiempo en el que tus coberturas aún no se encuentran activas.

Para exonerarte de los Períodos de Carencia, deberás cumplir con los siguientes requisitos:

- Contar con más de 03 meses de cobertura en la póliza oncológica anterior.
- Asimismo, para gozar del beneficio de continuidad de preexistencias, debes haber solicitado el seguro considerando los siguientes plazos:
  • Hasta 120 días posteriores de haber terminado el contrato de tu Compañía de Seguro de Salud anterior.
  • O hasta 60 días posteriores de haber terminado la cobertura de tu EPS anterior. En ambos casos la cobertura oncológica podrá limitarse al plan anterior.

8. INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA (MONTO DE PAGO)

Declaro que el monto de la prima comercial + IGV a pagar será la que corresponda a mi edad, según se me ha informado al momento de la comercialización de este seguro y siguiendo la información contenida en el Folleto Informativo Cuantitativo que he tenido a la vista antes de llenar esta solicitud.

Las primas podrán estar sujetas a un recargo por condiciones médicas declaradas en esta solicitud, lo que se informará al Solicitante para que exprese su aceptación de manera previa a la emisión de la póliza.

Débito automático*	**Cupones**
☐ Contado (1 cuota)	☐ Contado (1 cuota)
☐ 4 cuotas sin intereses	☐ 4 cuotas sin intereses
☐ 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	☐ 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
☐ 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	☐ 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
☐ 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	☐ 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)

La forma de pago acordada se aplicará a las posteriores vigencias de la póliza, salvo modificación por parte del Contratante.
(*) El Solicitante deberá firmar la autorización para el débito automático que se anexa a esta solicitud.

9. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre	Código
Correo electrónico	Celular

10. CONSTANCIA

Dejo constancia que he completado esta solicitud en su totalidad y que se me ha entregado una copia de la misma en este acto.

Dejo constancia que he leído los términos y acepto las condiciones legales adjuntas en las páginas 4, 5 y 6 de la solicitud de salud.

Nombre(s) y apellidos: _____

_____
Firma del Titular*
(La firma debe coincidir con la que aparece en el DNI)

* En caso que el titular por asegurar sea menor de edad, el Contratante del seguro deberá ser el padre que ejerza la patria potestad, quien en su representación deberá firmar la presente solicitud, de acuerdo con lo establecido en los artículos 45°, 418° y 423° inciso 6) del Código Civil. La Compañía se reserva el derecho de verificar la validez de los datos. Igual facultad podrá ejercer el tutor legal del menor de edad de conformidad con los artículos 502°, 526° y 527° del Código Civil Peruano. PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS. RUC: 20332970411. Oficina principal: Torre Pacífico, Av. Juan de Arona 830, San Isidro. T(511) 513-5000.

DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Declaro que:

1. Conozco que la veracidad y exactitud de la información aquí consignada es esencial para la determinación de la prima, la cobertura y la decisión final de PACÍFICO SEGUROS para asegurar el riesgo analizado. Por ello, conozco que la prima que me ha sido informada al momento de llenar esta solicitud puede variar dependiendo de las condiciones médicas que he declarado en esta solicitud, en cuyo caso la nueva prima me será informada para que preste mi aceptación de manera previa a la emisión de la póliza.

2. Conozco que las omisiones y/o imprecisiones respecto al llenado de la Declaración Jurada de Salud que consta en el presente documento, impactan de forma esencial en la evaluación del riesgo, la determinación de las primas y, por ende, en la cobertura del seguro.

3. Conozco que la reticencia y/o declaración inexacta, hecha con dolo o culpa inexcusable (negligencia grave) en el llenado de la presente solicitud de preguntas respondidas, genera la nulidad del Contrato de Seguro.

4. Conozco que constituye reticencia y/o declaración inexacta con dolo o culpa inexcusable (negligencia grave), según el caso, por ejemplo:

- Completar de forma inexacta la Declaración Jurada de Salud con el propósito de faltar, ocultar o cambiar la verdad de mi situación de salud o la de mis dependientes inscritos. No aplica cuando las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o declaración jurada de salud y PACÍFICO SEGUROS igualmente celebró el contrato.

- Realizar un llenado incompleto o parcial de la Declaración Jurada de Salud, con reserva o silencio de elementos fundamentales para el conocimiento exacto de mi situación de salud o la de mis DEPENDIENTES inscritos. No aplica cuando las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o declaración jurada de salud y PACÍFICO SEGUROS igualmente celebró el contrato.

- No revelar datos o información contenida en la(s) historia(s) clínica(s) del Solicitante o dependientes a asegurar solicitada por PACÍFICO SEGUROS al momento de la evaluación de la presente solicitud de seguro, conforme a lo establecido en el artículo 29 de la Ley 26842 – Ley General de Salud.

5. Conozco que tengo la obligación de notificar por escrito a PACÍFICO SEGUROS, en la póliza, los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y conozco también que esta obligación se extiende durante la vigencia del Contrato de Seguro y, asimismo, en las vigencias de pólizas que se negocien sucesiva e ininterrumpidamente.

6. Conozco que tengo la obligación de informar a PACÍFICO SEGUROS sobre cualquier evento o circunstancia que directa o indirectamente pueda ser pertinente para corregir, actualizar y/o complementar las declaraciones de mi estado de salud realizadas para la emisión de la póliza original o para el caso de nuevas vigencias sucesivas e ininterrumpidas. Si no actualizo la información que brindo para la emisión de la póliza original, se entenderá que he confirmado que no existe información nueva que directa o indirectamente sea relevante para corregir, actualizar y/o complementar las declaraciones realizadas de mi estado de salud o de mis dependientes.

7. Conozco que estoy facultado para plantear ante PACÍFICO SEGUROS todas las consultas y/o dudas que pueda tener respecto del contenido de la Declaración Jurada de Salud que consta en el presente documento.

8. Conozco que para la atención de mis preexistencias o las de mis dependientes, de ser el caso, y una vez celebrado el Contrato de Seguro, PACÍFICO SEGUROS solicitará a la compañía de seguros, cuya información proporciono en este acto, los antecedentes médicos correspondientes que permitan la continuidad o cualquier información que demuestre que mi preexistencia fue cubierta por dicho seguro de similares características en el período inmediato anterior a la presente póliza. Esto, a efectos de conocer los alcances de mi anterior seguro y otorgarme la continuidad de la cobertura correspondiente.

9. He tenido a mi disposición de manera previa a la contratación de este seguro las condiciones generales, condiciones particulares, condiciones especiales y demás información del seguro que solicito. Conozco que esta póliza se encuentra sometida a períodos de carencia y de espera según lo señalado en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares, períodos en los cuales no se aplican determinadas coberturas.

10. Conozco que en caso de aprobarse esta solicitud y emitirse la póliza de seguro, PACÍFICO SEGUROS tiene la facultad de ceder la póliza como parte de la cartera de este producto de seguro, cumpliendo para ello de manera previa con el procedimiento establecido por la normatividad vigente ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Asimismo, declaro que tengo derecho a no aceptar la cesión de cartera, en cuyo caso el contrato de seguro terminará a la finalización de su vigencia anual.

IMPORTANTE

1. Aprobación de la solicitud de seguro
PACÍFICO SEGUROS entregará la póliza de seguro al Solicitante Titular y/o Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber recibido la solicitud, si es que no es rechazada, salvo en los productos que no tengan condiciones de asegurabilidad en los que solo es suficiente la aceptación del Contratante para obtener el seguro.
No obstante, cuando corresponda, PACÍFICO SEGUROS se obliga a comunicar el rechazo de la solicitud dentro del plazo de quince (15) días calendario de recibida, salvo que PACÍFICO SEGUROS haya requerido información adicional y/u otros requerimientos adicionales, necesarios para la evaluación del riesgo, dentro del referido plazo. En este caso, el plazo para comunicar el rechazo se contará a partir de la recepción de la información completa solicitada y de cumplidos los requerimientos realizados por PACÍFICO SEGUROS.
En el supuesto que el Contratante y/o Asegurado no complete la información solicitada por PACÍFICO SEGUROS y/o no cumpla con los requerimientos que PACÍFICO SEGUROS haya realizado, se considerará rechazada la solicitud. El Contratante y/o Asegurado podrá presentar una nueva solicitud.

2. Medios de comunicación pactados: escritos (correo electrónico o comunicaciones enviadas al domicilio físico) y telefónicos
Autorizo a PACÍFICO SEGUROS a que en el caso de aprobar la presente solicitud, pueda enviar válidamente cualquier comunicación y/o notificación vinculada con este seguro durante su vigencia por cualquiera de los medios de comunicación arriba indicados, precisándose que las comunicaciones por teléfono se realizarán únicamente en aquellos casos en que la comunicación escrita no sea requerida de forma específica, conforme al marco normativo vigente. Declaro, igualmente, conocer y estar de acuerdo con que las comunicaciones y/o notificaciones que sean dirigidas a mi correo electrónico surtirán efectos y las consideraré recibidas a partir del momento en que estas sean recibidas en el servidor de mi cuenta del correo electrónico, considerándose igualmente que en ese momento he tomado conocimiento del contenido del documento enviado por dicho medio. Se enviarán comunicaciones por escrito al domicilio físico del Contratante y/o Asegurado, en caso la normatividad vigente lo exija o no se consigne una dirección electrónica en la presente solicitud.

3. Declaración Jurada del Solicitante titular y dependientes por asegurar
Declaro que yo y/o mis dependientes no hemos omitido informar sobre alguna enfermedad o dolencia en la declaración de salud y que las respuestas proporcionadas en la solicitud, así como en la declaración jurada de salud, son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad, hecha con dolo o culpa inexcusable, hace nulo el contrato de seguro, y PACÍFICO SEGUROS tendrá derecho, a título indemnizatorio, a las primas acordadas para el primer año de duración del contrato. Las declaraciones anteriores son verdaderas y esenciales para la determinación de la prima, la cobertura y la decisión de PACÍFICO SEGUROS para asegurar el riesgo analizado, en tal sentido como Solicitante suscribo la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada.

Asimismo, declaro conocer que la totalidad de la información que PACÍFICO SEGUROS puede llegar a conocer sobre mi estado de salud y de mis dependientes (incluyendo lo referido a preexistencias), consiste en y se circunscribe exclusivamente a:

I. Las declaraciones brindadas por EL ASEGURADO en la Declaración Jurada de Salud y la solicitud del seguro.
II. La información complementaria que pueda ser requerida por PACÍFICO SEGUROS y/o presentada en los plazos establecidos para cada caso.
III. La base de datos interna de PACÍFICO SEGUROS.

De conformidad con el artículo 25 inciso a) de la Ley General de Salud N°26842, el Solicitante presta su consentimiento para que cualquier establecimiento de salud sea público, privado o mixto, así como médicos tratantes proporcionen a PACÍFICO SEGUROS en el momento en que esta deba evaluar la procedencia de una solicitud de cobertura en caso de siniestro, cualquier información del acto médico relacionado a su atención o a la de sus dependientes, tales como historia clínica, certificado e informes, dispensándolos de la reserva de información. Sin perjuicio de lo expuesto el Solicitante reconoce que las clínicas o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de información, por lo que estos podrán brindar a PACÍFICO SEGUROS o a la administradora del financiamiento toda la información relacionada con el acto médico del Solicitante, siempre que fuese con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

PACÍFICO SEGUROS podrá incrementar la prima informada dependiendo de la evaluación del estado de salud, declaración jurada y antecedentes médicos del Solicitante y/o dependientes, según lo declarado por el Solicitante. En este caso PACÍFICO SEGUROS me deberá informar previamente para que preste mi consentimiento antes de la emisión de la póliza.

4. Autorización para envío de pólizas electrónicas
Declaro expresamente y de manera previa que estoy de acuerdo con que PACÍFICO SEGUROS me envíe por medio electrónico la póliza que he contratado, los endosos y las renovaciones futuras, y que:

He sido informado por PACÍFICO SEGUROS de la forma de envío de la póliza por el medio electrónico pactado y el procedimiento que se seguirá, con las ventajas y los posibles riesgos asociados, y asimismo he tomado conocimiento de las medidas de seguridad que me corresponde aplicar.

La forma de envío de la Póliza será a mi correo electrónico, señalado en este documento.
Para la confirmación de la recepción de la póliza será suficiente la confirmación de recepción que efectúa el propio sistema de PACÍFICO SEGUROS cuando mi bandeja de entrada recibe el correo electrónico con la póliza de seguro, salvo que se demuestre un error respecto del envío de la comunicación.
La autenticidad e integridad de la póliza de seguro se dará con el envío en PDF donde constará la firma electrónica del representante legal de PACÍFICO SEGUROS.

5. Aceptación tácita por cambio de condiciones
De aprobarse esta solicitud y emitirse la póliza de seguro, PACÍFICO SEGUROS podrá modificar las primas y demás condiciones de la póliza al término de la vigencia de la misma, cursando aviso por escrito con cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato, detallando los cambios. El CONTRATANTE tendrá treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para expresar su rechazo. Se considerará que existe aceptación tácita a la propuesta de cambio si, vencido el plazo anteriormente señalado, el CONTRATANTE no expresó su rechazo pero procede a pagar la prima o a firmar el Convenio de Pago, obligándose a pagarla o a aceptar el cargo en cuenta o en su tarjeta de crédito y/o débito, según se haya establecido en el Convenio de Pago.
"Se precisa que en los casos en que se haya venido renovando el CONTRATANTE/ASEGURADO tendrá derecho a renovar su póliza indefinidamente con el Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada no menor que la pactada en la última vigencia."

6. 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 de 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

Autorizaciones para usos adicionales
EL CLIENTE autoriza que PACÍFICO SEGUROS, de manera directa o a través de sus Encargados:
-Le oferte cualquiera de nuestros productos de los ramos de Riesgos Generales o de Vida.
-Le oferte cualquier otro producto o servicio de PACÍFICO SEGUROS o de sus empresas terceras.
-A transferir su Información a empresas Credicorp (incluyendo subsidiarias, vinculadas y afiliadas), así como socios comerciales (Terceros), para que cada uno de ellos pueda ofertar sus productos o servicios.

EL CLIENTE acepta haber tenido a su disposición la lista de Terceros y Encargados que también se encuentra disponible en https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad. Dicha lista detalla los posibles usos que los Terceros darán a sus datos personales. El envío de comunicaciones o mensajes con las ofertas y/o publicidades podrá ser remitida a través de medios escritos/verbales (por ejemplo: mensajes, push notification o llamadas telefónicas) o electrónicos/informáticos (por ejemplo: correo electrónico).

PACÍFICO SEGUROS y los Terceros podrán conservar y tratar LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE en los términos establecidos en esta sección, mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato.
La aceptación o no de esta autorización para usos adicionales (ajenos a la ejecución de la relación contractual) no condiciona la prestación del servicio que EL CLIENTE está contratando.

☐ Sí acepto ☐ No acepto y prefiero perder la oportunidad de recibir nuevas ofertas

7. Derecho de arrepentimiento
En caso el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por mecanismos de comercialización que incluye banca seguro, así como comercialización a distancia, declaro conocer que tengo derecho a arrepentirme de la contratación de este seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro del plazo de quince (15) días de recibir la póliza de seguro o la nota de cobertura provisional o el certificado de seguro, de ser el caso, y a que se me devuelva la prima que hubiere pagado. Este derecho lo puedo ejercer utilizando el mismo mecanismo de forma, lugar y medio por el que contraté el seguro.

Modalidad de Pago

pacífico

* Código del Intermediario: (Para uso de Pacífico) Fecha: / /

Contratante:

* Titular de la cuenta/tarjeta:

* Documento: DNI CE RUC Pasaporte Número

Póliza/Solicitud: Producto: Importe: Moneda: Matrícula (Para uso de Pacífico):

Póliza/Solicitud: Producto: Importe: Moneda: Matrícula (Para uso de Pacífico):

Póliza/Solicitud: Producto: Importe: Moneda: Matrícula (Para uso de Pacífico):

NOTA: Es necesario llenar el importe máximo, este deberá ser la suma de 3 primas por producto afiliado. Para seguros de Vida el Contratante debe ser el mismo Titular del medio de pago.

FORMA DE PAGO DEL DEPÓSITO INICIAL(*)

A) BCP PRIMER PAGO USD$ S/

BBVA PRIMER PAGO **SEGUROS DE VIDA** USD$ S/

INTERBANK PRIMER PAGO **SEGUROS DE VIDA** USD$ S/

SCOTIABANK PRIMER PAGO **SEGUROS DE VIDA** USD$ S/

B) TARJETA DE CRÉDITO

VISA (16) MASTERCARD (16) AMEX (15) DINERS (14)

Número de tarjeta: 14 15 16

Fecha de vencimiento: / **Importe:** -

* AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO PARA COBRANZAS FUTURAS

Como Titular de la cuenta bancaria y/o tarjeta de crédito o débito indicada en el presente formato por el presente autorizo a Pacífico Seguros, con RUC 20332970411, sin requerir de visto ni confirmación posterior, a realizar los cargos automáticos de las primas que resulten de la contratación de la(s) póliza(s) solicitada(s) en la cuenta bancaria y/o tarjeta de crédito o débito indicada en la solicitud. La presente autorización, para la realización de los cargos automáticos de las primas, se mantendrá vigente y se podrán seguir realizando dichos cobros/cargos, incluso en los casos en que la póliza y/o certificado de seguros, según corresponda, haya sido resuelta o se haya extinguido por falta de pago de la prima, y podrá seguir utilizándose como medio de pago válido de las primas que se encuentren pendientes de pago y/o cobro, por las coberturas otorgadas antes de la fecha de resolución o extinción.

Asimismo, ante pérdida, robo o renovación de la tarjeta de crédito/débito se extiende la presente autorización a la nueva tarjeta emitida por el Banco, en caso este lo notifique a Pacífico Seguros. Si no se efectúa dicha comunicación, Pacífico Seguros no será responsable por la falta de cargo de la(s) prima(s), pudiendo quedar suspendida(s) la(s) cobertura(s) del/los seguro(s), siguiendo el procedimiento establecido en las Condiciones Generales.

A) TARJETA

VISA (16) MASTERCARD (16)

AMEX (15) DINERS (14)*

Número de tarjeta: 14 15 16

Fecha de vencimiento: /

*** Solo aplica para los seguros de vida.**

B) CUENTA BANCARIA

BCP Cta. Ahorros (14) Interbank (13)

BCP Cta. Cte. / Maestra (13) Scotiabank (12)

BBVA (20) Pichincha (13)*

Caja Municipal de Trujillo (12)*

Tipo de cuenta Ahorros Corriente Maestra

Moneda: Nacional Extranjera

Nº de Cuenta: 9 10 12 13 14 20

*** Solo aplica para los seguros de vida.**

Firma digital del Titular de la cuenta/tarjeta
(Incluir cargo del representante legal si es una empresa)

El Contratante declara conocer que ESTÁ PROHIBIDO BRINDAR EL CÓDIGO DE SEGURIDAD (CVV) O COPIA DEL REVERSO DE SU TARJETA y reconoce que Pacífico Seguros no será responsable en caso haga caso omiso de esta prohibición. Si el número de tarjeta y el código de seguridad aparecen en la misma cara de la tarjeta, el Titular deberá tapar dicha información. PACÍFICO SEGUROS NUNCA SOLICITARÁ EL CÓDIGO DE SEGURIDAD DE SU TARJETA. Mediante la suscripción del presente documento, el Contratante autoriza a Pacífico Seguros a cargarle en su tarjeta de crédito o cuenta bancaria señalada, en un lapso de 30 días, el importe de hasta 3 cuotas de la prima pactada, en caso de encontrarse vencidas las mismas. El débito automático procederá en la medida en que la cuenta disponga de fondos líquidos disponibles para efectuar la totalidad del abono. Se deja expresa constancia que el Contratante podrá solicitar la suspensión del débito automático por cualquier medio de comunicación pactado con Pacífico Seguros, o también a través de una comunicación escrita dirigida a la Entidad Financiera emisora de la cuenta o tarjeta de crédito. Pacífico Seguros no autoriza a su personal a recibir suma alguna de dinero por concepto de prima seguro en forma personal. En ese sentido, Pacífico Seguros no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el cliente decida entregar al asesor o a cualquier otro funcionario a pesar de conocer esta prohibición. El cargo en tarjetas de crédito o cuenta bancaria se realizará en la misma moneda de la(s) póliza(s) contratada(s). **A excepción del Banco Pichincha y Caja Municipal Trujillo, en estos casos el cargo se realizará en dólares.** Las tarjetas de crédito o débito emitidas fuera del país están sujetas a un recargo por parte de la entidad emisora. La aceptación de la presente solicitud está sujeta a verificación de firmas y datos. Esta autorización será válida para la póliza vigente y para futuras renovaciones. (*) El depósito inicial será imputado a la(s) prima(s) de seguro en caso se apruebe(n) su(s) solicitud(es) de seguro. En caso de rechazo, la Compañía reembolsará al Solicitante el importe total del depósito inicial en la cuenta bancaria declarada para el débito automático para cobranzas futuras o extornará a la tarjeta de crédito de la cual se realizó el cargo del depósito inicial. Pacífico Seguros emitirá facturas o boletas de venta. VISANET y Mastercard quedan excluidas de toda responsabilidad por la continuidad, cantidad y calidad de los bienes y/o servicios que Pacífico Seguros se obliga a brindar al Usuario.