



**Salud**

# Manual de llenado PDF Editable

Productos Integrales y Planes Resguardo  
Octubre 2020

*Sé feliz*

 pacífico

# Paso preliminar



Es importante revisar previamente que se cuente con el Programa Adobe Acrobat Reader correctamente instalado

Si no contaras con la herramienta en tu computadora, Tablet o celular, es posible descargarlo de manera gratuita

Desde tu computadora:



<https://get.adobe.com/es/reader/>



Desde tu celular o tablet:  
Adobe Acrobat Reader for Docs



# Proceso de venta

1

Corredor

## Actividad

- ✓ Descargar Adobe Acrobat >> <https://get.adobe.com/es/reader/>
- ✓ Descargar PDF de Solicitud Digital desde el Portal de Somos Corredores
- ✓ Abrir PDF con Adobe Acrobat (**No abrir en Google Chrome**)
- ✓ Recomendación: Llenar previamente la información del cliente

2

Titular  
Asegurado

- ✓ Llenar Declaración Jurada de Salud y firmar PDF
- ✓ Enviar PDF al Corredor

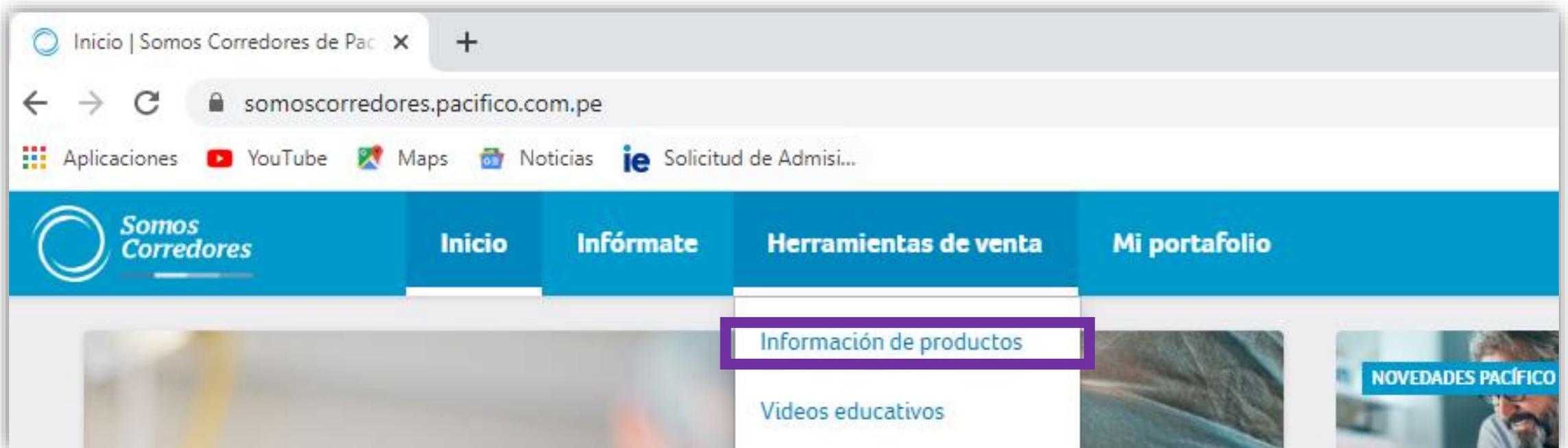
3

Corredor

- ✓ Revisar la solicitud y guardar en la computadora, Tablet o celular.
- ✓ Enviar documentos al **Buzón de Emisión Salud** – [emisionsalud@pacifico.com.pe](mailto:emisionsalud@pacifico.com.pe)

# ¡Están a tu disposición los nuevos PDF Editables en el Portal Somos Corredores!

<https://somoscorredores.pacifico.com.pe/>

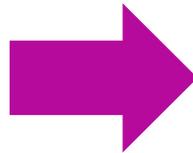


The screenshot shows a web browser window with the URL [somoscorredores.pacifico.com.pe](https://somoscorredores.pacifico.com.pe/). The page features a blue navigation bar with the following menu items: Inicio, Infórmate, Herramientas de venta, and Mi portafolio. The 'Herramientas de venta' menu is open, displaying two options: 'Información de productos' (highlighted with a purple box) and 'Videos educativos'. The page also includes a search bar, social media links (Aplicaciones, YouTube, Maps, Noticias), and a 'Solicitud de Admisi...' link. A 'NOVEDADES PACÍFICO' banner is visible in the bottom right corner.

# ¡Están a tu disposición los nuevos PDF Editables en el Portal Somos Corredores!

<https://somoscorredores.pacifico.com.pe/>

En la sección “Solicitudes”, se encuentran las versiones más recientes de las Solicitudes en formato editables.



## Solicitudes

-  Solicitud de Seguro Oncológico octubre 2020  
PDF, 505Kb
-  Manual de llenado del pdf Solicitud de Seguro Oncológico octubre 2020  
PDF, 2769Kb
-  Solicitud de Afiliación EPS Individual octubre 2020  
PDF, 642Kb
-  ¡Nuevo! Solicitud de Seguro de Salud octubre 2020  
PDF, 741Kb
-  Manual de llenado del pdf Solicitud de Salud 2020  
PDF, 2618Kb
-  ¡Nueva versión digital! Solicitud de Migración de Seguro de Salud octubre 2020  
PDF, 423Kb

# ¡Indispensable abrir la solicitud en el Adobe Acrobat Reader!

Solicitud de Seguro de Salud TCEA 8% - Octubre 2020 - Corredores.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Inicio Herramientas Solicitud de Seguro... x Iniciar sesión

Pacífico Seguros  
Oficina Principal Torre Pacífico: Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú  
Central de Información y Consultas: (01) 513-5000 (Lima y provincias)  
www.pacifico.com.pe

**SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD CORREDORES**

Fecha de solicitud: dd/mm/aaaa

Octubre 2020

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

Póliza nueva  Cambio de seguro  Inclusión de dependiente(s)

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

2. OBSERVACIONES RELEVANTES EN LA SOLICITUD

3. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?

	Seguro	Plan de Resguardo
Medicvida Internacional	Plan deducible anual por persona: <input type="checkbox"/> S/ 0 <input type="checkbox"/> S/ 15,000	Con deducible anual de: <input type="checkbox"/> \$ 10,000
Medicvida Nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Medicvida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000



**Recomendación:**  
Abrir el documento desde el archivo en la PC/Laptop, automáticamente se abrirá en el programa Adobe Acrobat Reader.

# Proceso de llenado de solicitud

Llenar las siguientes secciones:

1. Fecha de solicitud
2. Motivo de la solicitud
3. **¡Nuevo!** Observaciones relevantes en la solicitud
4. Elección del Seguro
5. Datos del Titular
6. Datos de los Dependientes (\*)
7. Datos del Contratante
8. Declaración Jurada de Salud con **11 preguntas.**

(\*) Dependientes: Cónyuge o conviviente e hijos.

**SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD CORREDORES**

Fecha de solicitud:

**1**

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

Póliza nueva  Cambio de seguro  Inclusión de dependiente(s)

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

**3** 2. OBSERVACIONES RELEVANTES EN LA SOLICITUD

**4** 3. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?

	Seguro	Plan de Resguardo
Medicoida Internacional	Plan deducible anual por persona: <input type="checkbox"/> S/ 0 <input type="checkbox"/> S/ 15,000	Con deducible anual de: <input type="checkbox"/> \$ 10,000
Medicoida Nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Multisalud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Red Preferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000

Importante: La edad máxima de ingreso al seguro solicitado es hasta los 65 años inclusive.

**5** 4. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno  Apellido materno  Nombres

DN  CE  PAS  Sexo  M  F  Fecha de Nac.  Peso (Kg)  Estatura (m)  Nacionalidad

Dirección  Distrito

Provincia  Departamento  Celular  Correo electrónico

**6** 5. DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR ASEGURAR (CÓNYUGE/CONVIVIENTE/HIJOS)\*\*

	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
1	Parentesco con el titular Seleccionar <input type="text"/>	DN <input type="text"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg) <input type="text"/> Estatura (m) <input type="text"/> Nacionalidad <input type="text"/> Fecha de Nac. <input type="text"/>
2	Apellido paterno <input type="text"/>	Apellido materno <input type="text"/>	Nombres <input type="text"/>
3	Parentesco con el titular Seleccionar <input type="text"/>	DN <input type="text"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg) <input type="text"/> Estatura (m) <input type="text"/> Nacionalidad <input type="text"/> Fecha de Nac. <input type="text"/>
4	Apellido paterno <input type="text"/>	Apellido materno <input type="text"/>	Nombres <input type="text"/>
4	Parentesco con el titular Seleccionar <input type="text"/>	DN <input type="text"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg) <input type="text"/> Estatura (m) <input type="text"/> Nacionalidad <input type="text"/> Fecha de Nac. <input type="text"/>

**7** 6. DATOS DEL CONTRATANTE DEL SEGURO - RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PÓLIZA  
(Titular es igual al Contratante?  SI  NO )

Nombre completo (persona o empresa)  DN  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)

**8**

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

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

N°	¿Presenta o ha presentado padecimientos relacionados con estas enfermedades o diagnósticos de salud? Declarar inclusive si el asegurado fue financiado por Pacífico. Por favor, ten en cuenta que las enfermedades mencionadas son ejemplos y que pueden existir otras que le han sido diagnosticadas y que deben ser declaradas.	Titular		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4	
		SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
1	Sistema nervioso, sistema ocular, auditivo y/o trastornos mentales. Por ejemplo: migraña, convulsiones, epilepsia, derrame cerebral, parkinson, parálisis cerebral, hidrocefalia, cataratas, glaucoma, pterigión, hipoacusia, otitis, esquizofrenia, depresión.										
2	Aparato respiratorio. Por ejemplo: asma bronquial, bronquitis crónica, sinusitis, desviación de tabique nasal.										
3	Aparato cardiovascular de la sangre. Por ejemplo: hipertensión arterial, arritmia, angina, soplo cardíaco, infarto cardíaco, enfermedad de las válvulas cardíacas, várices, trombosis, aneurisma, anemia, hemofilia, trastornos de la coagulación, trombofilia.										
4	Sistema endocrino, enfermedades ginecológicas y/o del aparato genitourinario. Por ejemplo: diabetes, enfermedad tiroidea, hiperproliferación, adenoma de hipófisis, quistes en mamas u ovarios, endometriosis, displasia de cérvix, insuficiencia renal, glomerulonefritis, hiperplasia de próstata, prostatitis, cálculo urinario.										
5	Aparato digestivo y pared abdominal. Por ejemplo: gastritis, úlcera, hernia hiatal, cirrosis hepática, cálculos en la vesícula, pancreatitis.										
6	Enfermedades de la piel y/o enfermedades infecciosas crónicas. Por ejemplo: rosácea, psoriasis, sifilis, dermatitis alérgica, hepatitis meningitis, tuberculosis, VIH/sida.										
7	Sistema osteomuscular y/o enfermedades reumatológicas. Por ejemplo: artrosis, enfermedades de los meniscos, hernias u otras lesiones de columna vertebral, escoliosis, gota, artritis reumatoide, lupus eritematoso.										
8	Enfermedades oncológicas y/o tumores. Por ejemplo: cáncer de cualquier órgano o tejido del cuerpo, pólipos, mioma uterino, nódulos tiroideos, verrugas genitales.										
9	Enfermedades congénitas o hereditarias. Por ejemplo: cardiopatía, riñón poliquístico, luxación congénita de cadera.										
10	¿Alguna de las personas por asegurarse ha tenido algún antecedente médico (enfermedad - lesión - dolencia - hospitalización y/o cirugía) que no esté incluido en alguna pregunta de la solicitud y/o recibe algún medicamento actualmente lo ha recibido en los últimos 12 meses inclusive si este antecedente fue financiado por Pacífico?										
11	¿Te encuentras en estado de gestación?										

# Proceso de llenado de solicitud

Llenar las siguientes secciones:

- 9. Continuidad de Preexistencias
- 10. Tipo de fraccionamiento
- 11. Datos del Corredor
- 12. Constancia y firma del Titular (\*)
- 13. Validación de solicitud (Marcar al final)

(\*) Si el Titular es menor de edad, la firma será del padre, madre o apoderado legal.

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DEL PUNTO ANTERIOR FUE AFIRMATIVA (A EXCEPCIÓN DE LA PREGUNTA 11), COMPLETA ESTE CUADRO:

Nº de la pregunta afirmativa	Nombre completo	Enfermedad o dolencia	Clínica o centro médico donde se atendió	Fecha de diagnóstico (iniciosa)	Estado de salud actual*
					Seleccionar

\* Indicar si está curado o en tratamiento.

### 8. CONTINUIDAD DE PREEXISTENCIAS

Para evaluar la exoneración de los períodos de carencia y espera gozando del beneficio de continuidad de preexistencias, será indispensable presentar la siguiente documentación:

- Copia de la Póliza y/o Plan de Salud anterior donde se indiquen a todas las personas aseguradas.
- Constancia de la Póliza y/o Plan de Salud anterior (Incluir fecha de inicio y fin de vigencia).
- Relación de siniestros de la Póliza y/o Plan de Salud anterior, es decir, la relación de todas las atenciones médicas que tú y tus dependientes tuvieron desde el inicio hasta el fin de la vigencia de la Póliza y/o Plan de Salud anterior.

Recuerda que presentando la documentación de manera anticipada permitirá agilizar el proceso de suscripción.

Asimismo, indicar en el siguiente cuadro si alguna de las personas por asegurar tiene o ha tenido cobertura médica en un seguro o plan de salud:

Nombre de la persona	Fecha de vigencia		Nombre de la Compañía Aseguradora o EPS
	Desde	Hasta	

**IMPORTANTE:** 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 Seguro de Salud anterior.
- O hasta 60 días posteriores de haber terminado la cobertura de tu EPS anterior

### 8. INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA (MONTO DE PAGO)

Declaro que he sido informado del monto de la prima comercial + IGV durante el proceso de venta y de forma previa a la firma de esta solicitud.  
 Declaro también conocer que la misma información se encuentra a mi disposición en la página web de Pacífico Seguros.

**Importante:** Las primas podrán estar sujetas a un recargo debido a las condiciones médicas declaradas en esta solicitud. En ese caso, se le informará al solicitante para que manifieste su aceptación antes de proceder a la emisión de la póliza.

10

Forma de pago automático*	Cupones
<input type="checkbox"/> Contado (1 cuota)	<input type="checkbox"/> Contado (1 cuota)
<input type="checkbox"/> 4 cuotas sin intereses	<input type="checkbox"/> 4 cuotas sin intereses
<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)	<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)	<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)	<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)

**Importante:** La forma de pago elegida se aplicará a esta y las próximas vigencias de la póliza, salvo que el contratante nos solicite algún cambio.  
 \* El solicitante debe firmar la autorización para el débito automático que se anexa a este solicitud.

11

DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS	
Nombre	Código
Correo electrónico	Celular

12

### 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 5, 6 y 7 de la solicitud de salud.

**\*Por favor, completar los campos faltantes en la parte de Modalidad de Pago ubicados en las hojas finales de este formulario\***

Nombre 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, T1511 | 513-5000.

Limpiar Formulario

Revisar Formulario

SOLICITUD SIN VALIDAR

13

# Proceso de llenado de solicitud

Llenar las siguientes secciones:

14. Protección de datos personales

15. ¡Nueva! Modalidad de Pago (Válido para el débito automático. Para la modalidad de Cupón, no es necesario)

16. Firma del Contratante

La forma de envío de la Póliza será a mí como 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 emítase la Póliza de seguro, PACÍFICO SEGUROS podrá modificar las primas y demás condiciones de la Póliza al término de la vigencia de la misma, cuando aviso por escrito con 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 la póliza de manera sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años, el CONTRATANTE/ASEGURADO tendrá derecho a renovar su Póliza indefinidamente con el Beneficio Máximo Anual por Persona asegurada no menor que el pactado 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, editarla y realizar flujos transfronterizos conforme a ley.  
 PACÍFICO SEGUROS conservará, tratará y realizará flujos transfronterizos con LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE mientras se mantiene la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato.  
 En 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 del 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.º 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](http://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 bancarias.  
 -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 como 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, leída en la ejecución de la relación contractual no condiciona la

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

En caso el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por mecanismos de comercialización que incluye bancaseguro, 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 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.

Del Intermediario:  (Punto de Red) Fecha:  /  /   
 Contratante:   
 Titular de la cuenta/tarjeta:   
 Documento: DN  CE  RUC  Pasaporte  Número   
 Póliza/Solicitud:  Producto:  Importe:  Moneda:  Matrícula    
 Póliza/Solicitud:  Producto:  Importe:  Moneda:  Matrícula    
 Póliza/Solicitud:  Producto:  Importe:  Moneda:  Matrícula

NOTA: De acuerdo a la ley, 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\$  5/  1/  B) TARJETA DE CRÉDITO  
 BBVA PRIMER PAGO SEGUROS DE VIDA USD\$  5/  1/ VISA (16)  MASTERCARD (16)  AMEX (15)  DINERS (14)   
 INTERBANK PRIMER PAGO SEGUROS DE VIDA USD\$  5/  1/ Número de tarjeta:  14 15 16  
 SCOTIABANK PRIMER PAGO SEGUROS DE VIDA USD\$  5/  1/ Fecha de vencimiento:  /  /  Importe:

**AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO PARA COBERTURAS 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 requiera 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 suspendido(s) la(s) cobertura(s) de la(s) seguro(s), siguiendo el procedimiento establecido en las Condiciones Generales.

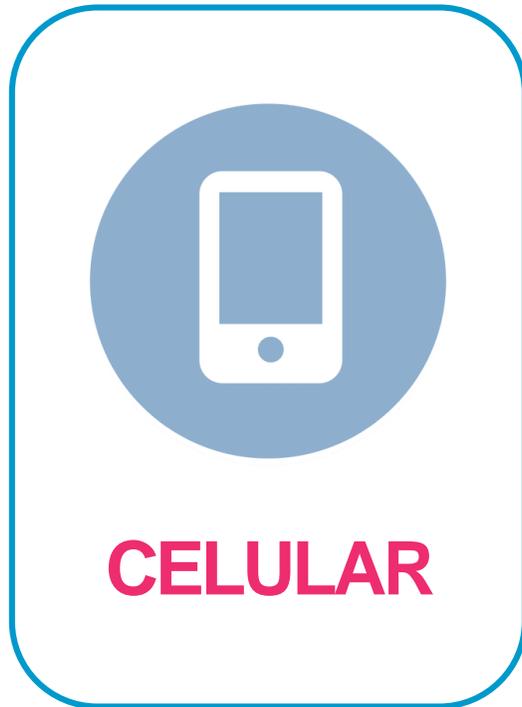
A) TARJETA  
 VISA (16)  MASTERCARD (16)  Número de tarjeta:  14 15 16  
 AMEX (15)  DINERS (14)  Fecha de vencimiento:  /  /   
 \* Solo aplica para los seguros de vida.

B) CUENTA BANCARIA  
 BCP Cta. Ahorros (14)  Interbank (13)  Tipo de cuenta: Ahorros  Corriente  Maestra   
 BCP Cta. Cch./Maestra (13)  Scotiabank (12)  Moneda: Nacional  Extranjera   
 BBVA (20)  Pichincha (13)  N.º de Cuenta:  0 10 12 13 14 20  
 Caja Municipal de Trujillo (12)   
 \* Solo aplica para los seguros de vida.

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

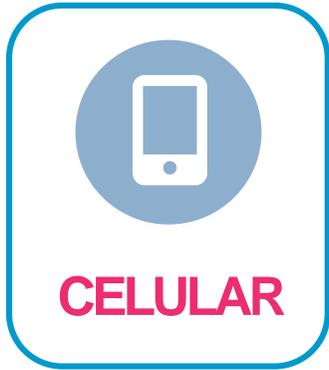
El Contratante declara conocer que ESTÁ PROHIBIDO BRINDAR EL CÓDIGO DE SEGURIDAD (CVV) O CDPA DEL REVERSO DE SU TARJETA, y reconoce que Pacífico Seguros no será responsable en caso haga caso omiso de esta prohibición. Si el número de tarjeta y el código de seguridad aparecen en la misma cara de la tarjeta, el Titular deberá borrar 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 forma 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 aprobó la(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 por el débito automático para coberturas futuras o extornará a la tarjeta de crédito de la cual se realizó el cargo del depósito inicial. Pacífico Seguros emitirá facturas o boletines de venta. VIGANET y Mastercard quedan exculmadas de toda responsabilidad por la cantidad, cantidad/calidad de los bienes y/o servicios que Pacífico Seguros se obliga a brindar al Usuario.

# ¿Cómo firma el cliente la Solicitud desde el ....?



ó





CELULAR



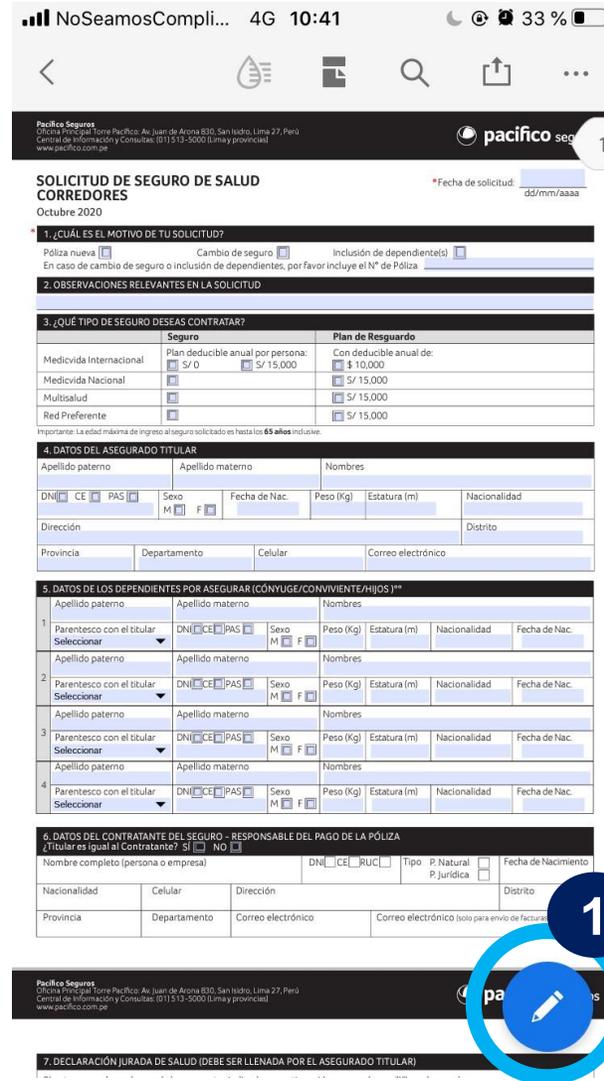
TABLET

Abrir desde el app Adobe Acrobat Reader



Para firmar, debemos seguir los siguientes pasos:

1. Seleccionar el botón de “lápiz” (esquina inferior derecha)
2. Click a “Rellenar y firmar”



**SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD**  
CORREDORES  
Octubre 2020

1. ¿CUÁL ES EL MOTIVO DE TU SOLICITUD?  
 Póliza nueva  Cambio de seguro  Inclusión de dependientes   
 En caso de cambio de seguro o inclusión de dependientes, por favor incluye el N° de Póliza

2. OBSERVACIONES RELEVANTES EN LA SOLICITUD

3. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?

Seguro	Plan deducible anual por persona:	Con deducible anual de:
Medicividá Internacional	<input type="checkbox"/> S/ 0 <input type="checkbox"/> S/ 15,000	<input type="checkbox"/> \$ 10,000 <input type="checkbox"/> \$ 15,000
Medicividá Nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ 15,000
Multisalud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Red Preferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000

Importante: La edad máxima de ingreso al seguro solicitado es hasta los 65 años inclusive.

4. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
 DNI: [CE] [PAS] Sexo: [M] [F] Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Peso (Kg): \_\_\_\_\_ Estatura (m): \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

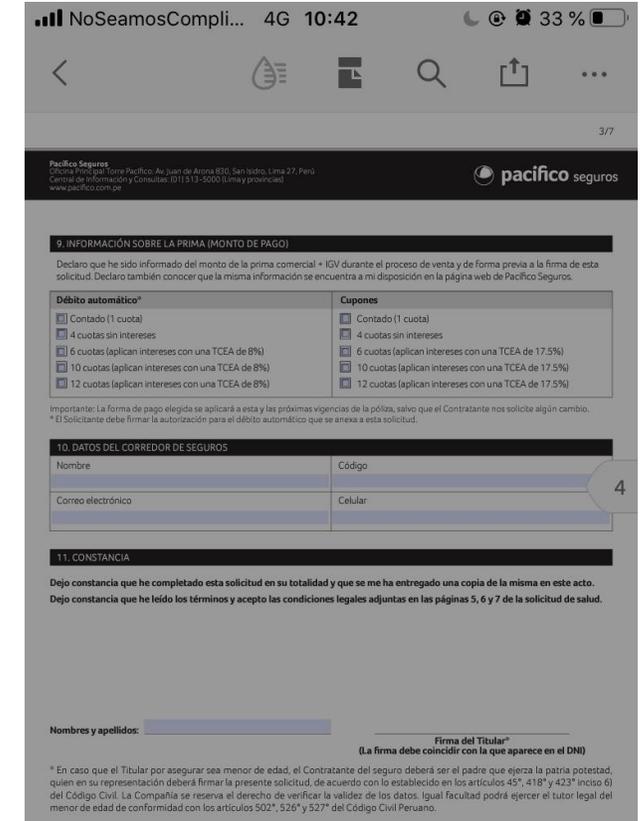
5. DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR ASEGURAR (CÓNYUGE/CONVIVIENTE/HIJOS)\*\*

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.

6. DATOS DEL CONTRATANTE DEL SEGURO - RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PÓLIZA  
 ¿Titular es igual al Contratante? SI  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): \_\_\_\_\_

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



9. INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA (MONTO DE PAGO)

Declaro que he sido informado del monto de la prima comercial + IGV durante el proceso de venta y de forma previa a la firma de esta solicitud. Declaro también conocer que la misma información se encuentra a mi disposición en la página web de Pacífico Seguros.

Débito automático*	Cupones
<input type="checkbox"/> Contado (1 cuota)	<input type="checkbox"/> Contado (1 cuota)
<input type="checkbox"/> 4 cuotas sin intereses	<input type="checkbox"/> 4 cuotas sin intereses
<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)	<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)	<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)	<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)

Importante: La forma de pago elegida se aplicará a esta y las próximas vigencias de la póliza, salvo que el Contratante nos solicite algún cambio.  
 \* El Solicitante debe firmar la autorización para el débito automático que se anexa a esta solicitud.

10. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre	Código
_____	_____
Correo electrónico	Celular
_____	_____

11. 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 5, 6 y 7 de la solicitud de salud.

Nombres 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.

Comentar

Rellenar y firmar

Editar PDF



- Continuamos con los siguientes pasos:
3. Seleccionar el botón de “pluma” (parte inferior)
  4. Click a “Crear firma”

Hecho

Pacífico Seguros  
Oficina Principal Torre Pacífico, Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú  
Central de Información y Consultas: (01) 513-5000 (Lima y provincias)  
www.pacifico.com.pe

9. INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA (MONTO DE PAGO)

Declaro que he sido informado del monto de la prima comercial + IGV durante el proceso de venta y de forma previa a la firma de esta solicitud. Declaro también conocer que la misma información se encuentra a mi disposición en la página web de Pacífico Seguros.

Débito automático*	Cupones
<input type="checkbox"/> Contado (1 cuota)	<input type="checkbox"/> Contado (1 cuota)
<input type="checkbox"/> 4 cuotas sin intereses	<input type="checkbox"/> 4 cuotas sin intereses
<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)	<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)	<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)	<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)

Importante: La forma de pago elegida se aplicará a esta y las próximas vigencias de la póliza, salvo que el Contratante nos solicite algún cambio.  
\* El Solicitante debe firmar la autorización para el débito automático que se anexa a esta solicitud.

10. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre	Código
Correo electrónico	Celular

11. 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 5, 6 y 7 de la solicitud de salud.

Nombres 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, T5 11) 513-5000.

SOLICITUD SIN VALIDAR Limpiar Formulario Revisar Formulario

3

Hecho

Pacífico Seguros  
Oficina Principal Torre Pacífico, Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú  
Central de Información y Consultas: (01) 513-5000 (Lima y provincias)  
www.pacifico.com.pe

9. INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA (MONTO DE PAGO)

Declaro que he sido informado del monto de la prima comercial + IGV durante el proceso de venta y de forma previa a la firma de esta solicitud. Declaro también conocer que la misma información se encuentra a mi disposición en la página web de Pacífico Seguros.

Débito automático*	Cupones
<input type="checkbox"/> Contado (1 cuota)	<input type="checkbox"/> Contado (1 cuota)
<input type="checkbox"/> 4 cuotas sin intereses	<input type="checkbox"/> 4 cuotas sin intereses
<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)	<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)	<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)	<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)

Importante: La forma de pago elegida se aplicará a esta y las próximas vigencias de la póliza, salvo que el Contratante nos solicite algún cambio.  
\* El Solicitante debe firmar la autorización para el débito automático que se anexa a esta solicitud.

10. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre	Código
Correo electrónico	Celular

11. 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 5, 6 y 7 de la solicitud de salud.

Nombres 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.

Crear firma

Crear iniciales

Cancelar

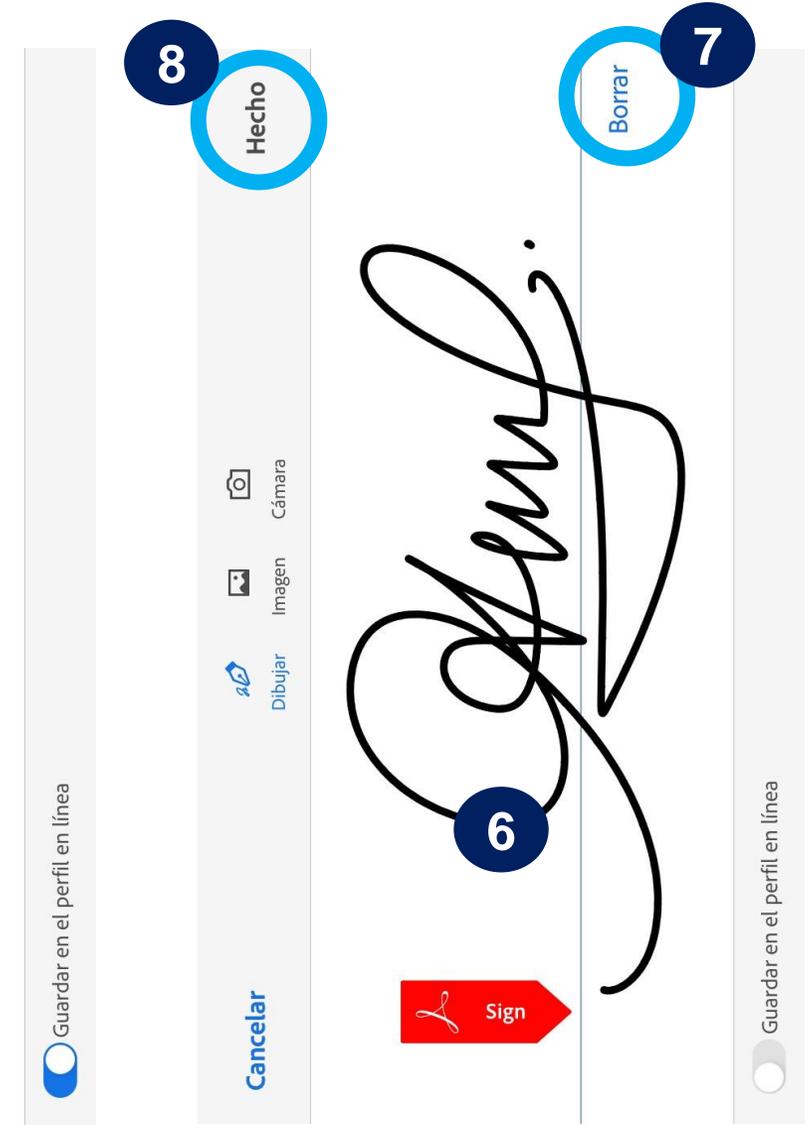
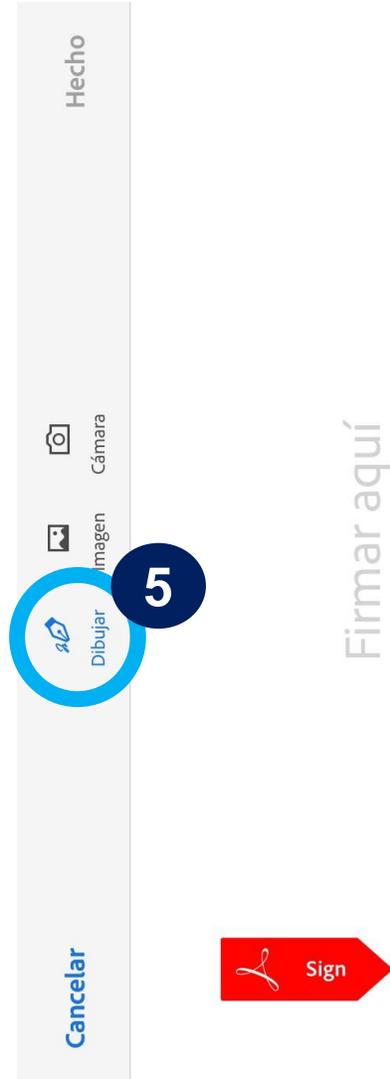
4

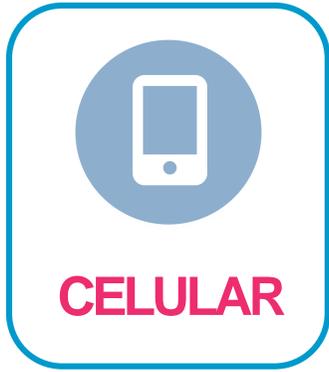


Continuamos con los siguientes pasos:

5. Se abrirá este cuadro para firmar. Siempre marcar la opción de “Dibujar”
6. Titular (\*) dibuja su firma con ayuda de la yema de los dedos lo más parecido a la del DNI
7. Si no está de acuerdo con la firma puede darle click a “Borrar” y volver a dibujar.
8. Una vez firmado, seleccionar “Hecho”

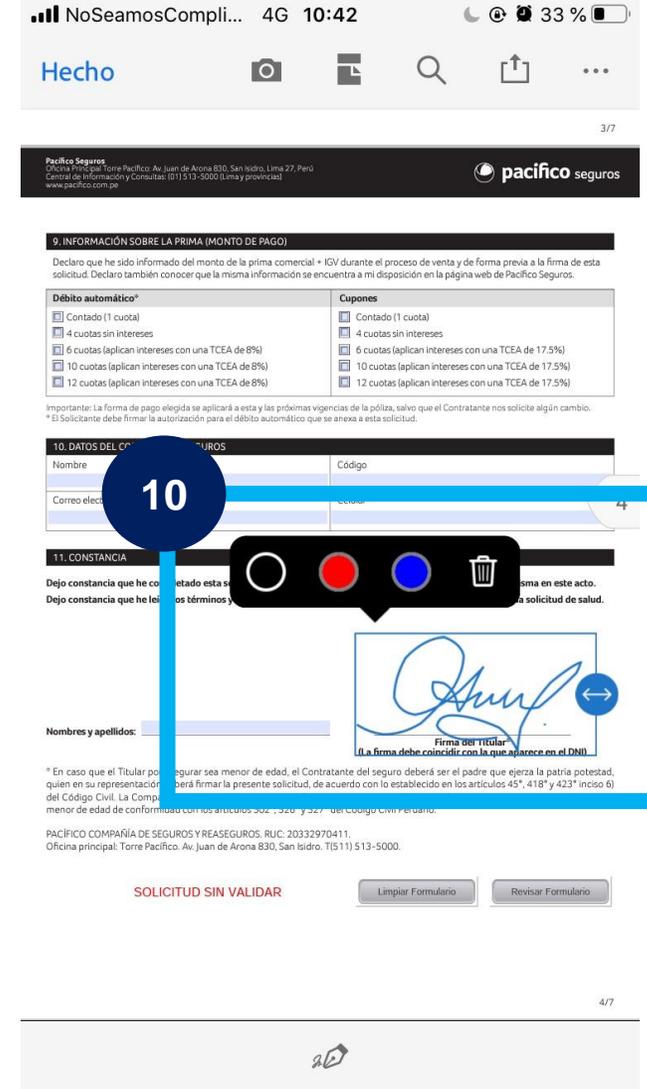
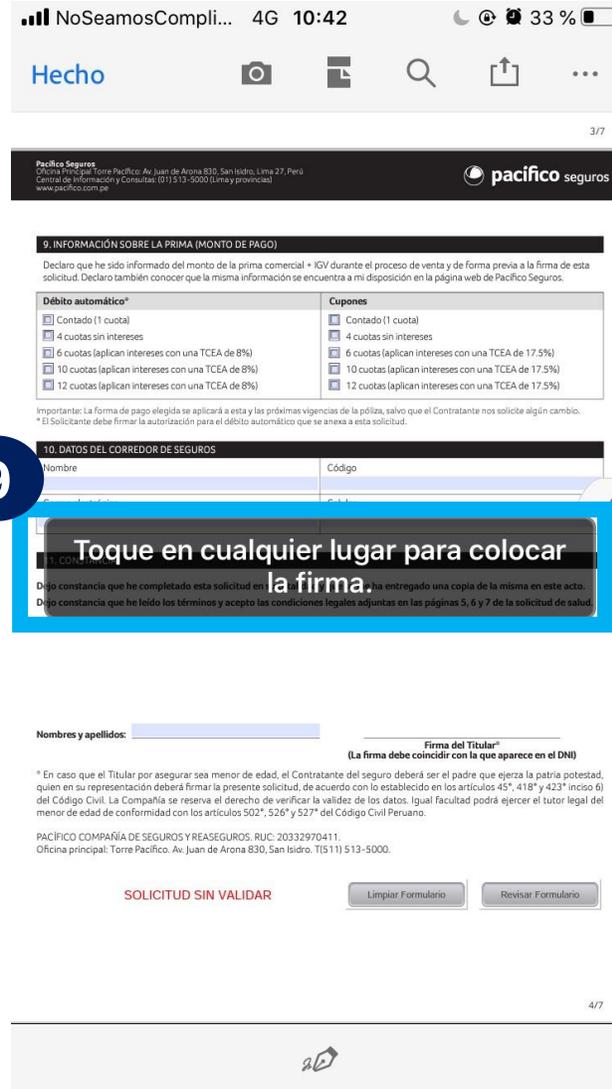
(\*) Si el Titular es menor de edad, la firma será del padre, madre o apoderado legal.

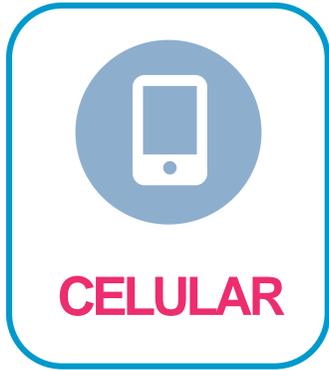




Continuamos con los siguientes pasos:

9. Tocar en cualquier lugar de la pantalla para colocar la firma
10. Acomodar la firma en el lugar correspondiente y seleccionar el color de la firma (de preferencia negro).





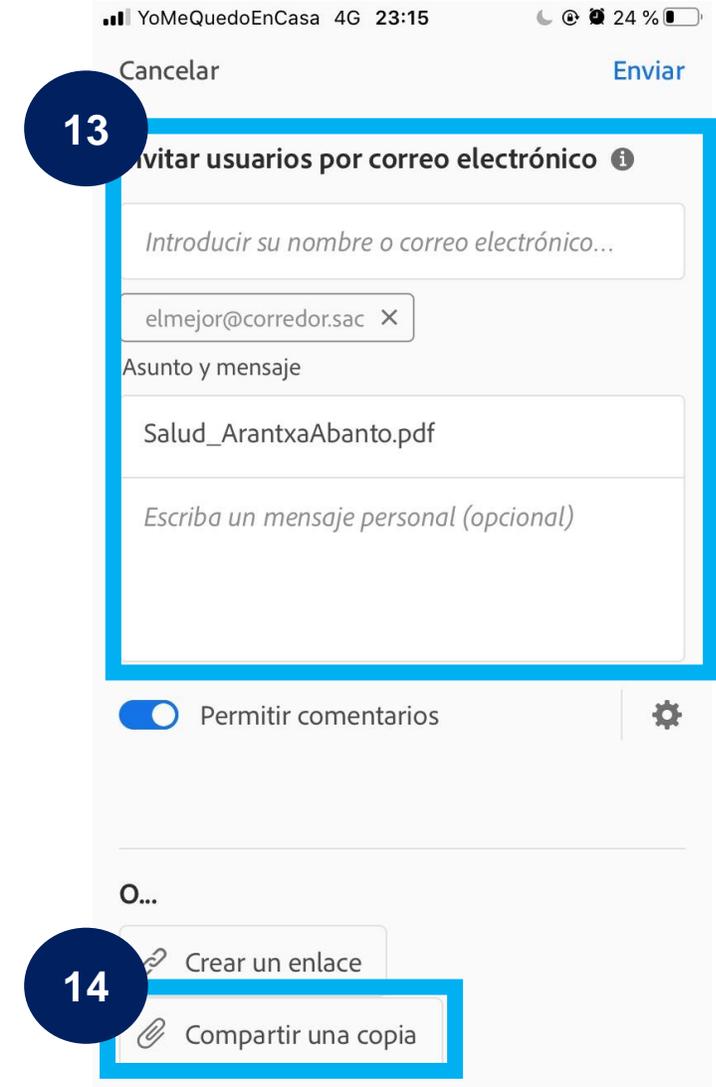
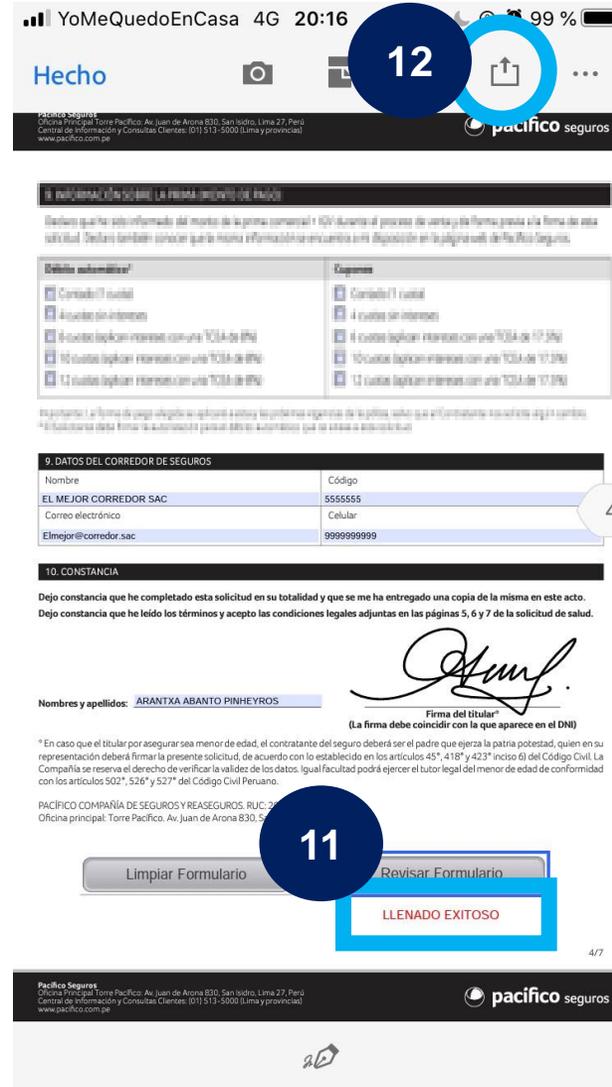
CELULAR



TABLET

Finalmente, terminamos con los siguientes pasos:

11. Validar solicitud haciendo click a “Revisar Formulario” hasta que figure “Llenado exitoso”
12. Compartir la Solicitud
13. Se puede compartir enviando la Solicitud a un correo
14. Se puede compartir una copia de la Solicitud en otros aplicativos



¿Cómo firma el cliente la Solicitud desde la  
....?

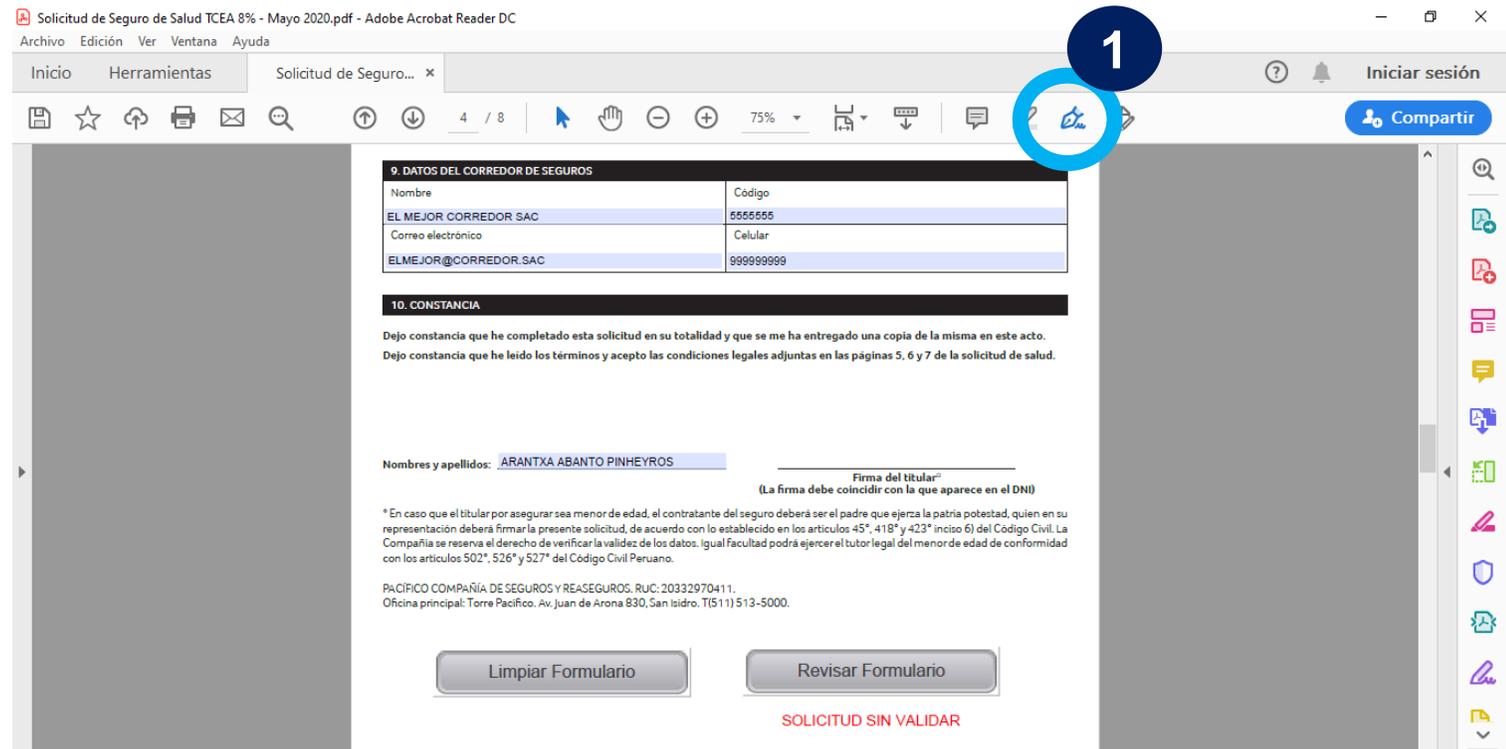




Abrir desde el Programa Adobe Acrobat Reader  
(no desde el navegador)

Para firmar, debemos seguir los siguientes  
pasos:

1. Seleccionar el botón de “pluma”  
(esquina superior derecha)



Solicitud de Seguro de Salud TCEA 8% - Mayo 2020.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Solicitud de Seguro... x

4 / 8 75% Compartir

9. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS	
Nombre	Código
EL MEJOR CORREDOR SAC	5555555
Correo electrónico	Celular
ELMEJOR@CORREDOR.SAC	999999999

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 5, 6 y 7 de la solicitud de salud.

Nombres y apellidos: ARANTXA ABANTO PINHEYROS

Firma del titular<sup>2</sup>  
(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.

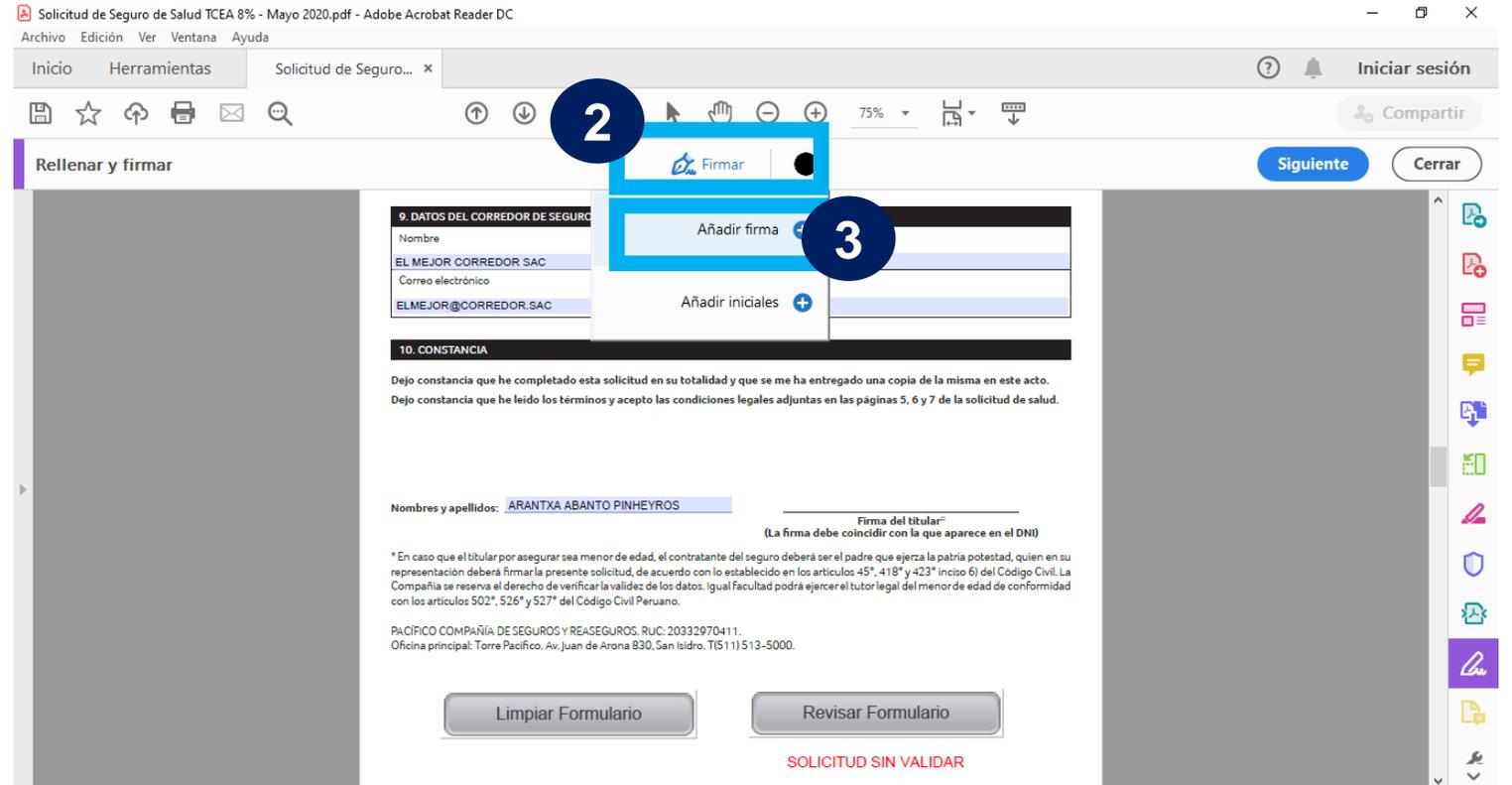
Limpiar Formulario Revisar Formulario

SOLICITUD SIN VALIDAR



Continuamos con los siguientes pasos:

2. Click en la opción “Firmar”
3. Click en “Añadir Firma”



Solicitud de Seguro de Salud TCEA 8% - Mayo 2020.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Solicitud de Seguro... x

75%

Rellenar y firmar

Firmar

Siguiente Cerrar

9. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre	EL MEJOR CORREDOR SAC
Correo electrónico	ELMEJOR@CORREDOR.SAC

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 5, 6 y 7 de la solicitud de salud.

Nombres y apellidos: ARANTXA ABANTO PINHEYROS

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

\* En caso que el titular por asegurarse 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.

PA CÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, RUC: 20332970411.  
Oficina principal: Torre Pacífico, Av. Juan de Arona 830, San Isidro, T1511) 513-5000.

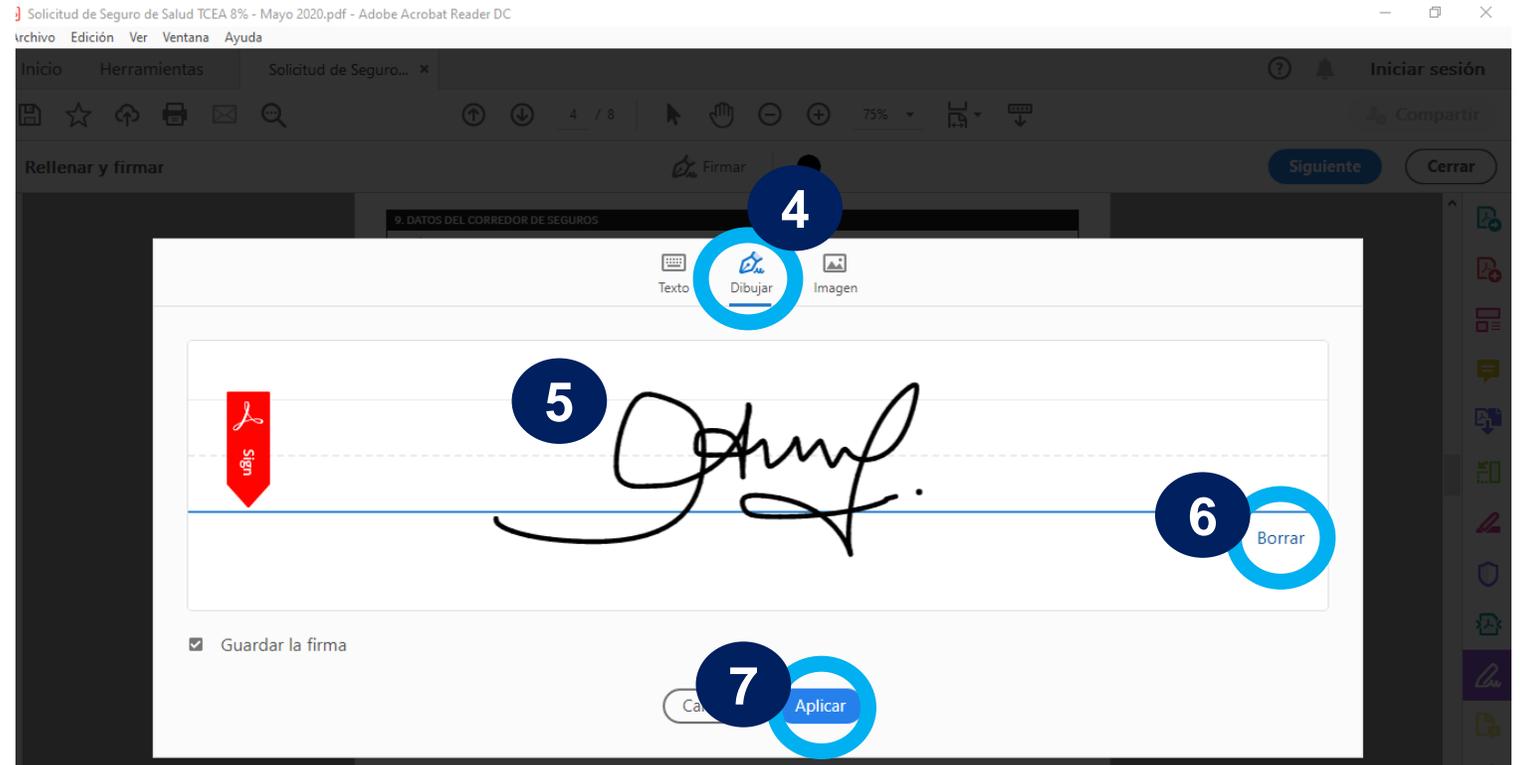
Limpiar Formulario Revisar Formulario

SOLICITUD SIN VALIDAR



Continuamos con los siguientes pasos:

4. Marcar “Dibujar”. Solamente utilizar esta opción
5. Titular (\*) firma la solicitud con ayuda del mouse lo más parecido posible al DNI
6. Si no está de acuerdo con la firma puede darle click a “Borrar” y volver a dibujar.
7. Si está de acuerdo, dar click a “Aplicar”

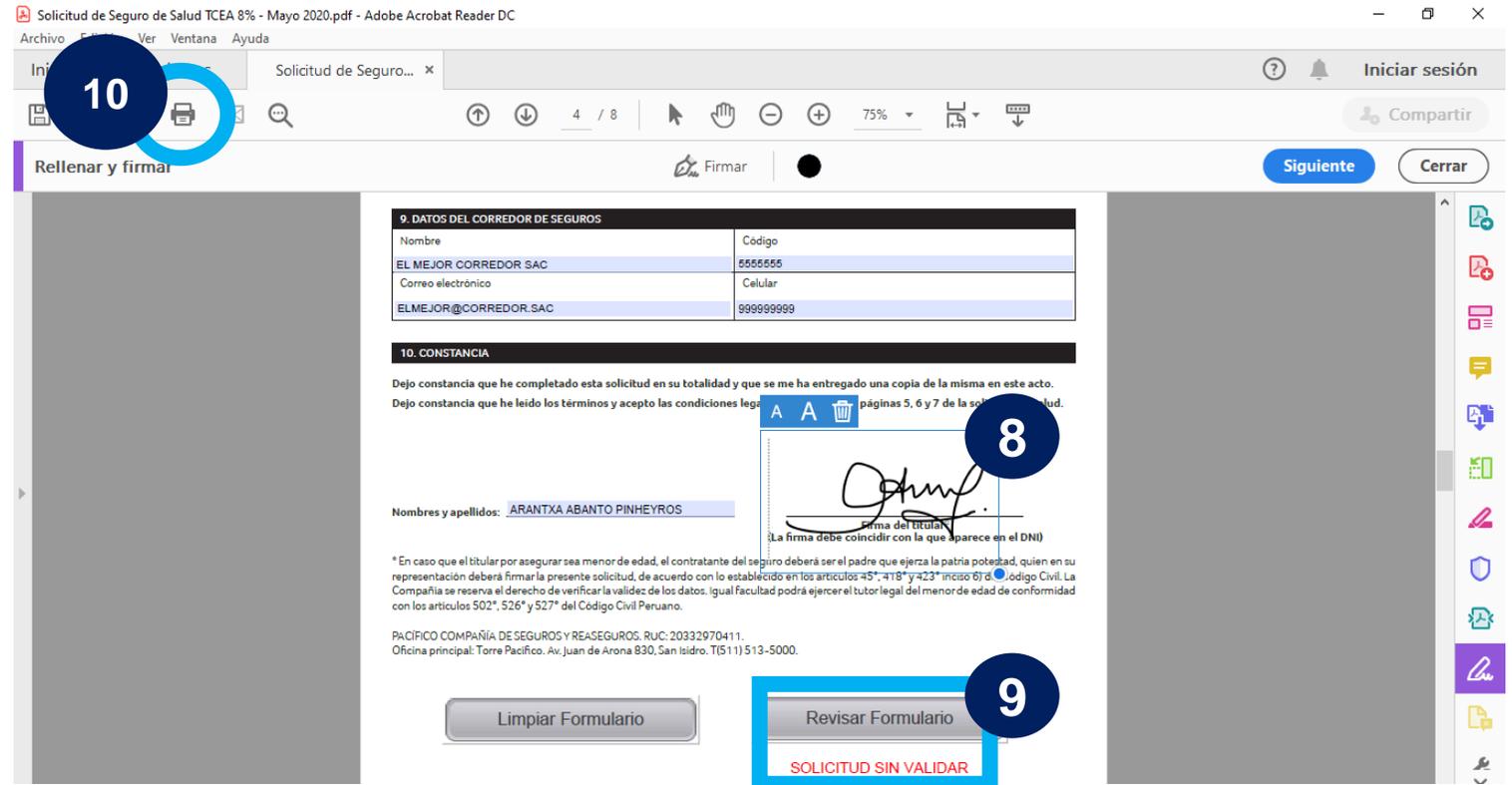


(\*) Si el Titular es menor de edad, la firma será del padre, madre o apoderado legal.



Continuamos con los siguientes pasos:

8. Acomodar la firma en el lugar correspondiente
9. Al concluir el llenado, dar click en “Revisar Formulario”
10. Imprimir solicitud en PDF



Solicitud de Seguro de Salud TCEA 8% - Mayo 2020.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Editar Ver Ventana Ayuda

Solicitud de Seguro...

4 / 8 75%

Rellenar y firmar

Firmar

Siguiete Cerrar

**9. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS**

Nombre	Código
EL.MEJOR CORREDOR SAC	5555555
Correo electrónico	Celular
ELMEJOR@CORREDOR.SAC	999999999

**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 en las páginas 5, 6 y 7 de la solicitud de seguro de salud.

Nombres y apellidos: ARANTXA ABANTO PINHEYROS

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.

PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS. RUC: 20332970411.  
Oficina principal: Torre Pacifico, Av. Juan de Arona 830, San Isidro, T15111513-5000.

Limpiar Formulario

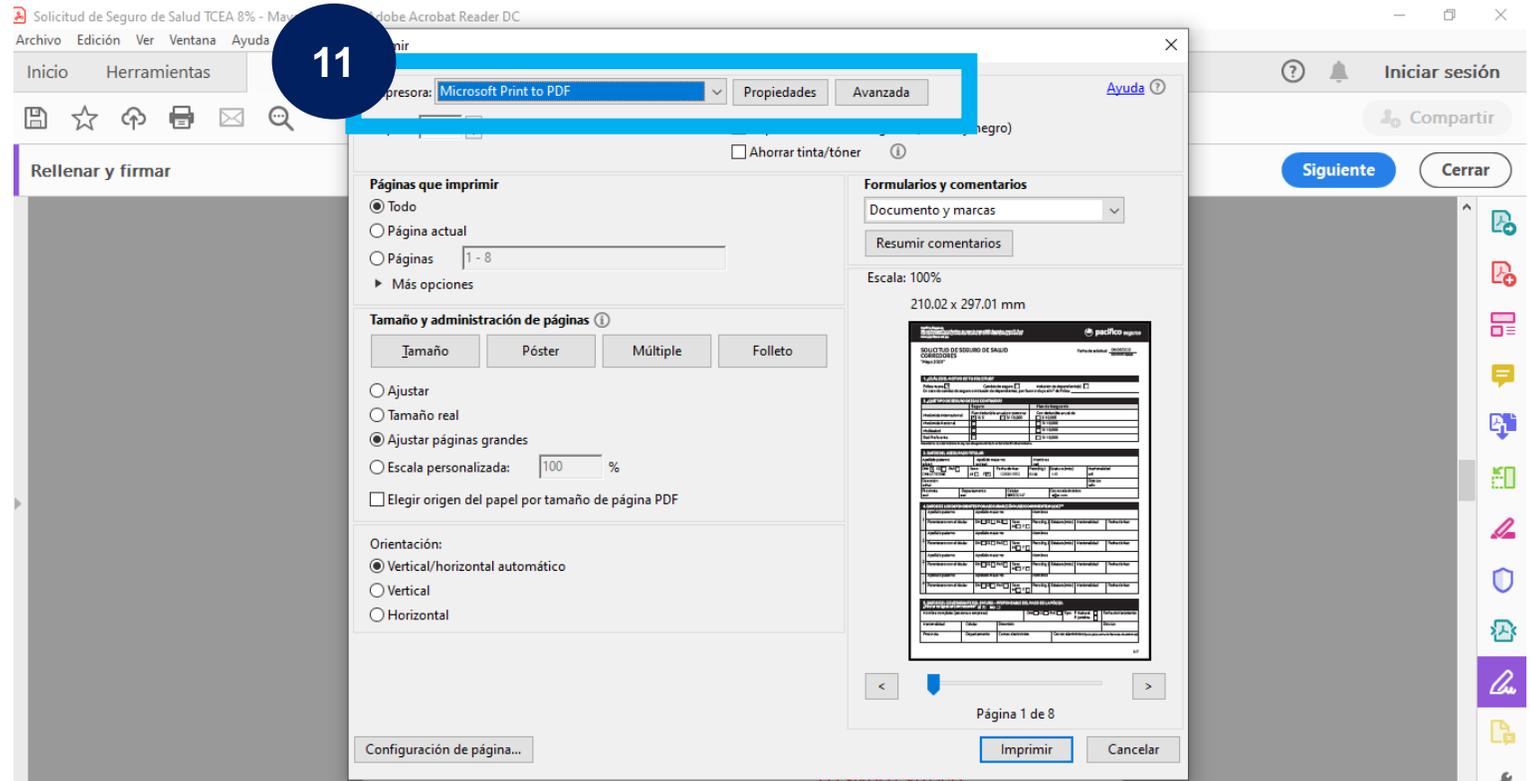
Revisar Formulario

SOLICITUD SIN VALIDAR



Finalmente, terminamos con los siguientes pasos:

11. Seleccionar la impresora “Microsoft Print to PDF”
12. Guardarlo en una carpeta en nuestros documentos (de esta manera la información quedará encriptada y sin poder ser editada)



## Estimado Socio de Negocios,

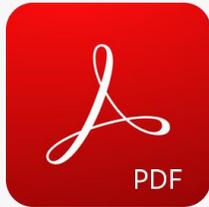
Es indispensable contar con tu apoyo para cumplir estos últimos pasos:

- Revisar la solicitud enviada por el cliente
- Enviar correo a Emisión Salud – [emisionsalud@pacifico.com.pe](mailto:emisionsalud@pacifico.com.pe)
- Hacer seguimiento al trámite indicado por Emisión Salud

**¡Cada paso es fundamental para concretar la venta y proteger a más clientes!**



# RECOMENDACIONES FINALES



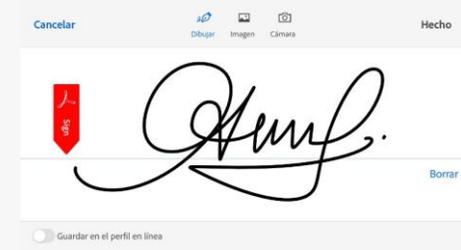
- Comunicar al cliente que el PDF debe llenarse con el Adobe Acrobat.
- Puede instalarse de manera gratuita en el siguiente link: <https://get.adobe.com/es/reader/> o descargar el app para el celular o Tablet.



- La Declaración de Salud debe ser llenada por el Titular. Recuerda que es un documento con validez legal.



- Podemos apoyar a nuestro mutuo cliente con el pre-llenado de datos que tengamos a la mano.



- La firma de la solicitud debe ser realizada por el Titular y lo más parecido posible al DNI.
- Si es laptop o PC, deberá firmar con el mouse.
- Si es Tablet o Smartphone, se puede ayudar con la yema de los dedos.

La Solicitud correctamente llenada debe ser enviada al Buzón de Emisión Salud – [emisionsalud@pacifico.com.pe](mailto:emisionsalud@pacifico.com.pe)

*Sé feliz*

