



Manual de llenado PDF Editable

Solicitud de Seguro Oncológico
Octubre 2020

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

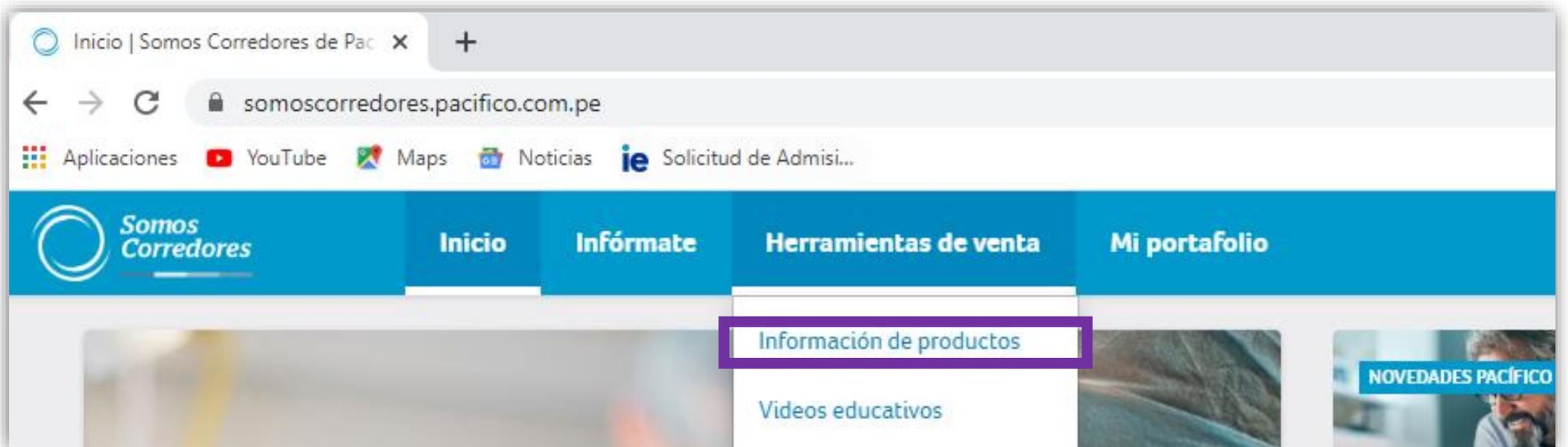
3

Corredor

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

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

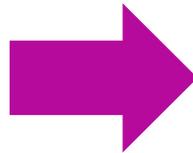
<https://somoscorredores.pacifico.com.pe/>



¡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

-  Manual de llenado Solicitud de Salud octubre 2020
PDF, 2438Kb
-  Solicitud de Seguro de Salud octubre 2020
PDF, 690Kb [Compartir](#)
-  Solicitud de Seguro Oncológico octubre 2020
PDF, 505Kb
-  Manual de llenado del pdf Solicitud de Seguro Oncológico junio 2020
PDF, 2769Kb

¡Indispensable abrir la solicitud en el Adobe Acrobat Reader!

Solicitud de Seguro Oncológico - Octubre 2020 - Corredores.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Firmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Solicitud de Seguro... x

Inicio 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 ONCOLÓGICO
CORREDORES
Octubre 2020

* Fecha de solicitud: dd/mm/aaaa

Limpiar Formulario

* 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



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. Elección del Seguro
4. Datos del Titular
5. Datos de los Dependientes (*)
6. Datos del Contratante
7. Declaración Jurada de Salud
8. Exoneración de Periodos de Carenia

(*) Dependientes: Cónyuge o conviviente e hijos.

pacífico seguros

SOLICITUD DE SEGURO ONCOLÓGICO
CORREDORES

Fecha de solicitud: dd/mm/aaaa

1. ¿QUÉ 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	Fecha de Nac.	Peso (Kg)	Estatura (m)	Profesión y/o actividad actual	Nacionalidad	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>						
Dirección				Distrito		
Provincia	Departamento	Celular	Correo electrónico			

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

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

5. 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 <input type="checkbox"/>	P. Jurídica <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento
Nacionalidad	Celular	Dirección		Distrito			
Provincia	Departamento	Correo electrónico	Correo electrónico solo para envío de factura electrónica				

pacífico seguros

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

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. Asegúrate también de responder según el orden de dependientes asignado en el cuadro de DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR ASEGURAR (página anterior, punto 4).

N°	Pregunta	Titular		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4	
		SI	NO								
1	¿Has sido diagnosticado y/o recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, neoplasias o tumores (pólipos, displasias, condilomas, leucoplasias), Tiroiditis de Hashimoto, Hepatitis B o C, Virus del Papiloma Humano, VIH-sida?	<input type="checkbox"/>									
2	¿Te encuentras recibiendo tratamiento hospitalario o quirúrgico por alguna condición o sintomatología que aún no tiene diagnóstico definitivo?	<input type="checkbox"/>									
3	¿Tienes indicación médica para la realización de una biopsia, endoscopia digestiva alta, colonoscopia o te han realizado alguno de esos procedimientos?	<input type="checkbox"/>									
4	¿Fumas cigarrillos?	<input type="checkbox"/>									

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

N°	Nombre completo	Enfermedad o dolencia	Clínica o centro médico donde se atendió	Tratamiento recibido			Fecha de diagnóstico	Estado de salud actual*
				Medicamentos	Quirúrgicos	Hospitalización		

*Indicar si está curado o en tratamiento.

8. EXONERACIÓN DE PERÍODOS DE CARENIA*

¿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 Carenia: Es el tiempo en el que tus coberturas aún no se encuentran activas.

Para exonerarte de los Periodos de Carenia, 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 prestaciones, 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.

Proceso de llenado de solicitud

Llenar las siguientes secciones:

- 9. Tipo de fraccionamiento
- 10. Datos del Corredor
- 11. Constancia y firma del Titular (*)
- 12. Declaraciones del Asegurado

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

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.

9

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 12%)	<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)

10

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.

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.

11

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 d) 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: 20032970411. Oficina principal: Torre Pacífico, Av. Juan de Arona 830, San Isidro. T511)513-5000.

DECLARACIONES DEL ASEGURADO

12

Declaro que:
1. Conozco que la veracidad y exactitud de la información aquí declarada 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 constituiré 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 falsear, ocultar o cambiar la verdad de mi situación de salud o la de mis Dependientes Inscritos. No aplica cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas en 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 contenidas en 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 sucesivas 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 brindó 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, 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.

13

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 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 15 días calendario de recibido, 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, precluidose 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 mí como 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 normalidad 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 verdicias 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 circoscribe exclusivamente a:
 I. Las declaraciones brindadas por EL ASEGURADO en la Declaración Jurada de Salud y/o 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, dispensándose 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.

Proceso de llenado de solicitud

- 13. Información legal importante
- 14. Protección de datos personales

14

14. 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/poliza-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 RNDP-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
 Nuestra Política de Privacidad se encuentra disponible en: <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/poliza-privacidad>

14. Protección de datos personales
 Para usos adicionales
 Para que PACÍFICO SEGUROS, de manera directa o a través de sus Encargados, pueda utilizar la información que usted proporciona en el momento de contratar nuestros productos de los ramos de Riesgos Generales o de Vida, para otros productos o servicios de PACÍFICO SEGUROS o de sus empresas terceras, así como para compartir información a empresas Credicorp (incluyendo subsidiarias, vinculadas y afiliadas) así como socios comerciales (Terceros), podrá ser utilizada para uno de ellos puede 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/poliza-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 notificación 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.

Si 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 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 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.

Proceso de llenado de solicitud

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

16. Firma del Contratante

15

Modalidad de Pago


* Código del Intermediario: (Número de RUC) Fecha: / /

Contratante:

* Titular de la cuenta/tarjeta:

* Documento: DNI CE RUC Pasaporte Número:

Póliza/Solicitud: Producto: Importe: Moneda: Matrícula: Período de Validez:

Póliza/Solicitud: Producto: Importe: Moneda: Matrícula: Período de Validez:

Póliza/Solicitud: Producto: Importe: Moneda: Matrícula: Período de Validez:

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(S)

A) BCP PRIMER PAGO US\$ S/ B) TARJETA DE CRÉDITO

BVA PRIMER PAGO SEGUROS DE VIDA US\$ S/ VISA (16) MASTERCARD (16) AMEX (15) DINERS (14)

INTERBANK PRIMER PAGO SEGUROS DE VIDA US\$ S/ Número de tarjeta: 16 15 14

SCOTTIABANK PRIMER PAGO SEGUROS DE VIDA US\$ S/ 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 resultan 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 seguro, según correspondiera, 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.

Adicionalmente, 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 de 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) Número de tarjeta: 16 15 14

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. Cta. / Maestra (13) Scotiabank (12) Moneda: Nacional Extranjera

BVA (20) Pichincha (12)* Nº de Cuenta: 9 10 11 12 13 14

Caja Municipal de Trujillo (12)*

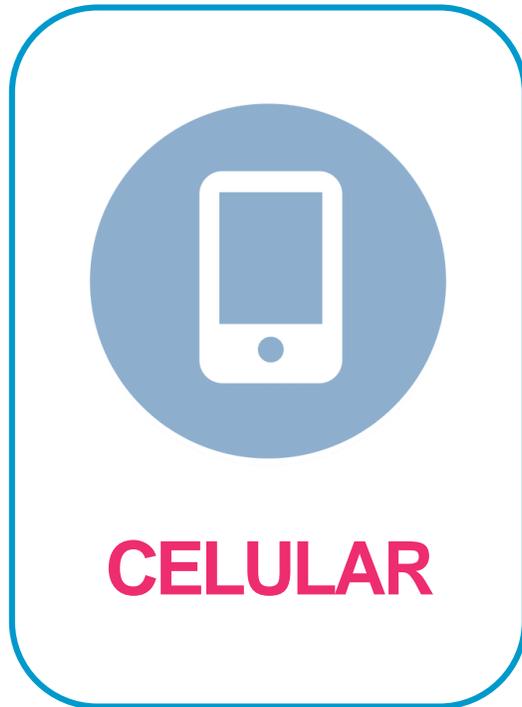
* Solo aplica para los seguros de vida.

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

16

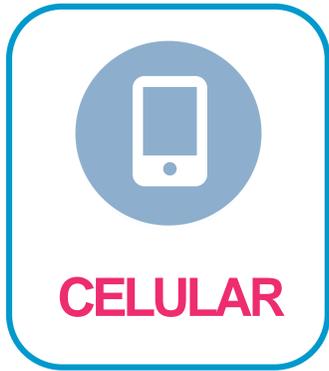
El Contratante declara conocer que ESTÁ PROHIBIDO BRINDAR EL CÓDIGO DE SEGURIDAD (CVV) O COPIA DEL REVERSO DE SU TARJETA y reconoce que Pacífico Seguros no es responsable en caso haga caso omiso de esta prohibición. Si el número de tarjeta y el código de seguridad aparecen en la misma cara de la tarjeta, el Titular deberá borrar dicha información. **NINGUNO 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 afiliada, 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 de abonos. 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 a su personal 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 suscripción 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 según sujeción a un recargo por parte de la entidad emisora. La aceptación de la presente entidad está sujeta a verificación de firma 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 aprobare 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 para el débito automático para cobranzas futuras o retornará a la tarjeta de crédito de la cual se realizó el cargo del depósito inicial. Pacífico Seguros emitirá facturas o boletas de venta VIGAMET y Mastercard quedando exculpidos de toda responsabilidad por la continuidad, cantidad y 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



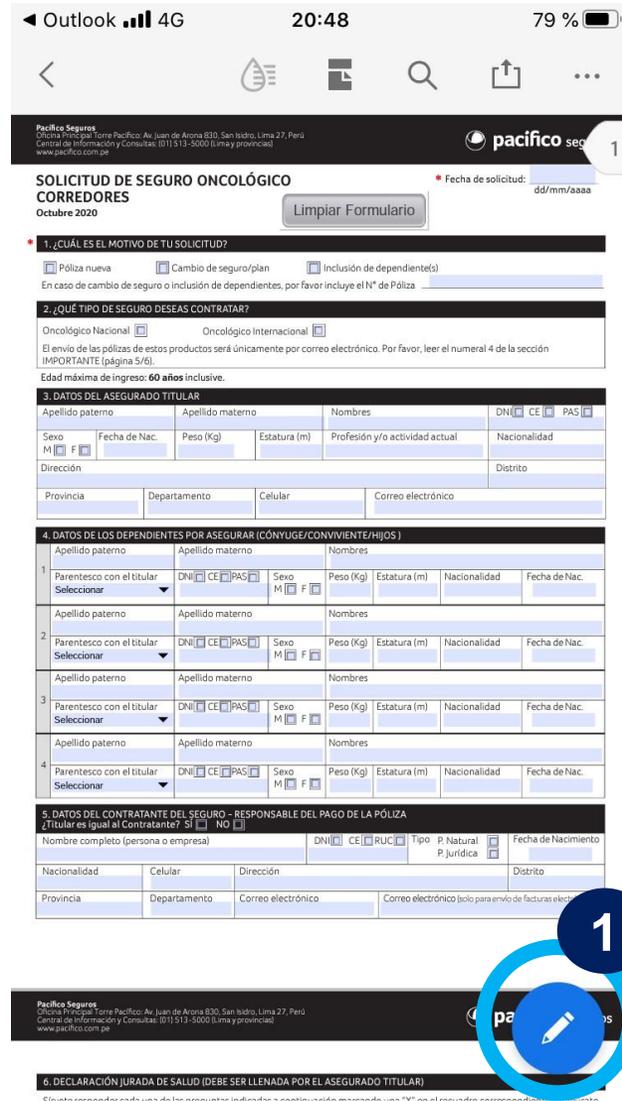
TABLET

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”.



Outlook 4G 20:48 79%

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 ONCOLÓGICO
CORREDORES
Fecha de solicitud: dd/mm/aaaa
Limpia Formulario

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.

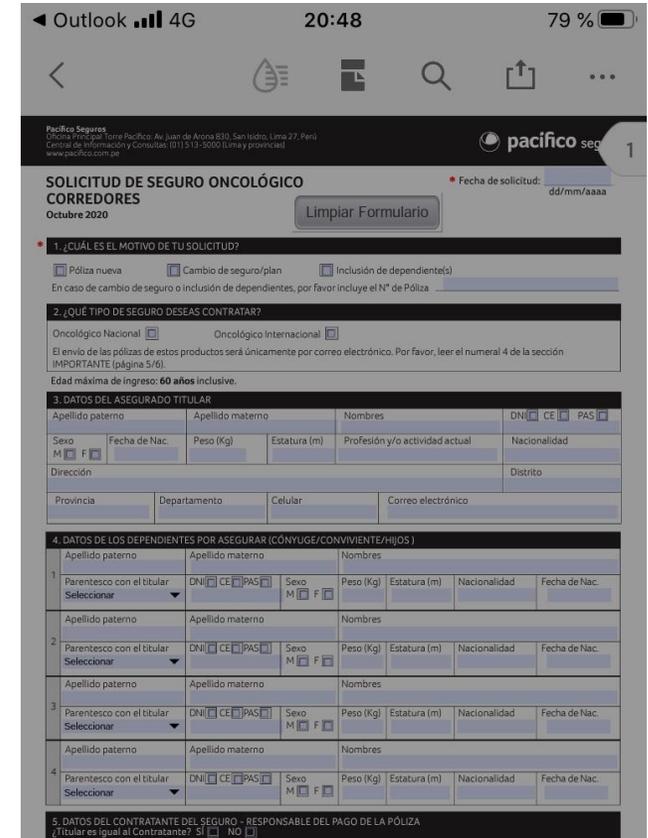
3. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR
 Apellido paterno, Apellido materno, Nombres, DNI, CE, PAS, Sexo, Fecha de Nac., Peso (Kg), Estatura (m), Profesión y/o actividad actual, Nacionalidad, Dirección, Distrito, Provincia, Departamento, Celular, Correo electrónico

4. DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR ASEGURAR (CÓNYUGE/CONVIVIENTE/HIJOS)
 1. Apellido paterno, Apellido materno, Nombres, Parentesco con el titular, DNI, CE, PAS, Sexo, Peso (Kg), Estatura (m), Nacionalidad, Fecha de Nac.
 2. Apellido paterno, Apellido materno, Nombres, Parentesco con el titular, DNI, CE, PAS, Sexo, Peso (Kg), Estatura (m), Nacionalidad, Fecha de Nac.
 3. Apellido paterno, Apellido materno, Nombres, Parentesco con el titular, DNI, CE, PAS, Sexo, Peso (Kg), Estatura (m), Nacionalidad, Fecha de Nac.
 4. Apellido paterno, Apellido materno, Nombres, Parentesco con el titular, DNI, CE, PAS, Sexo, 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? 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 electrónicas)

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

6. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (DEBE SER LLENADA POR EL ASEGURADO TITULAR)
 El/la asegurado/a declara que no tiene ninguna enfermedad o lesión que pueda afectar su salud o la de su familia.



Outlook 4G 20:48 79%

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 ONCOLÓGICO
CORREDORES
Fecha de solicitud: dd/mm/aaaa
Limpia Formulario

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, Fecha de Nac., Peso (Kg), Estatura (m), Profesión y/o actividad actual, Nacionalidad, Dirección, Distrito, Provincia, Departamento, Celular, Correo electrónico

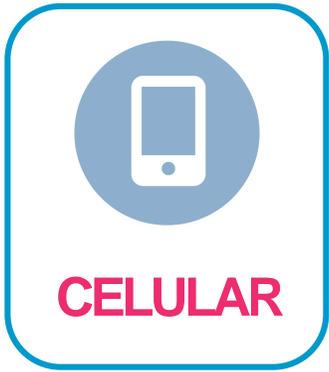
4. DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR ASEGURAR (CÓNYUGE/CONVIVIENTE/HIJOS)
 1. Apellido paterno, Apellido materno, Nombres, Parentesco con el titular, DNI, CE, PAS, Sexo, Peso (Kg), Estatura (m), Nacionalidad, Fecha de Nac.
 2. Apellido paterno, Apellido materno, Nombres, Parentesco con el titular, DNI, CE, PAS, Sexo, Peso (Kg), Estatura (m), Nacionalidad, Fecha de Nac.
 3. Apellido paterno, Apellido materno, Nombres, Parentesco con el titular, DNI, CE, PAS, Sexo, Peso (Kg), Estatura (m), Nacionalidad, Fecha de Nac.
 4. Apellido paterno, Apellido materno, Nombres, Parentesco con el titular, DNI, CE, PAS, Sexo, 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? 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 electrónicas)

Comentar

Rellenar y firmar

Editar PDF



CELULAR



TABLET

Continuamos con los siguientes pasos:

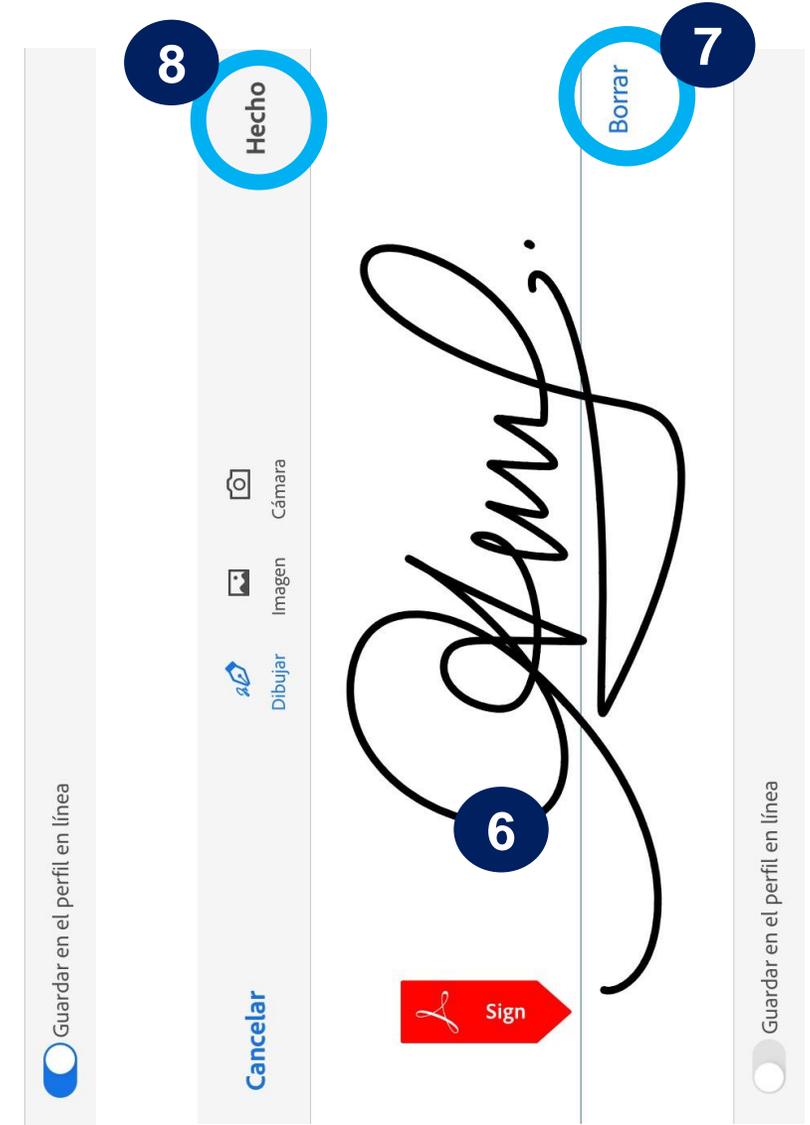
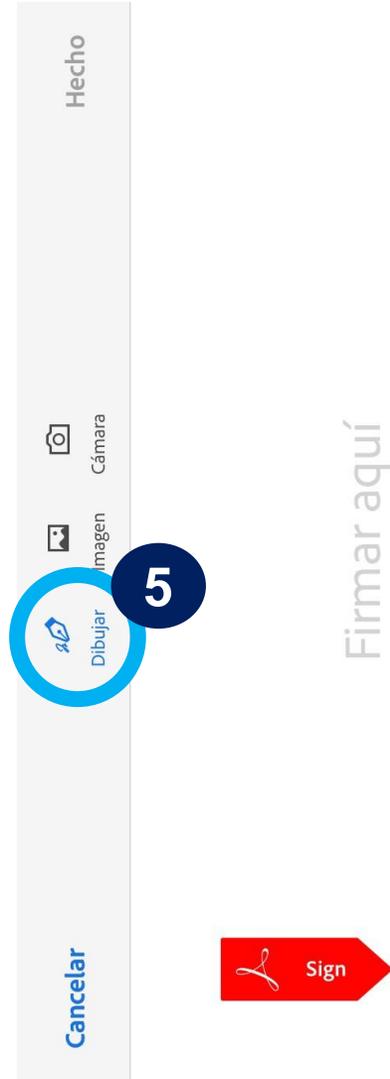
3. Seleccionar el botón de “pluma” (parte inferior).
4. Click a “Crear firma”.

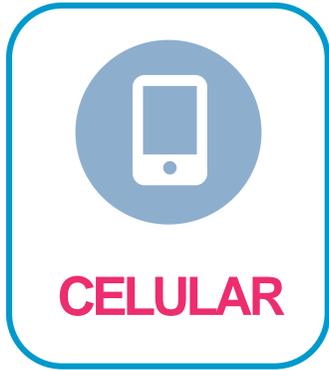


Continuamos con los siguientes pasos:

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”.

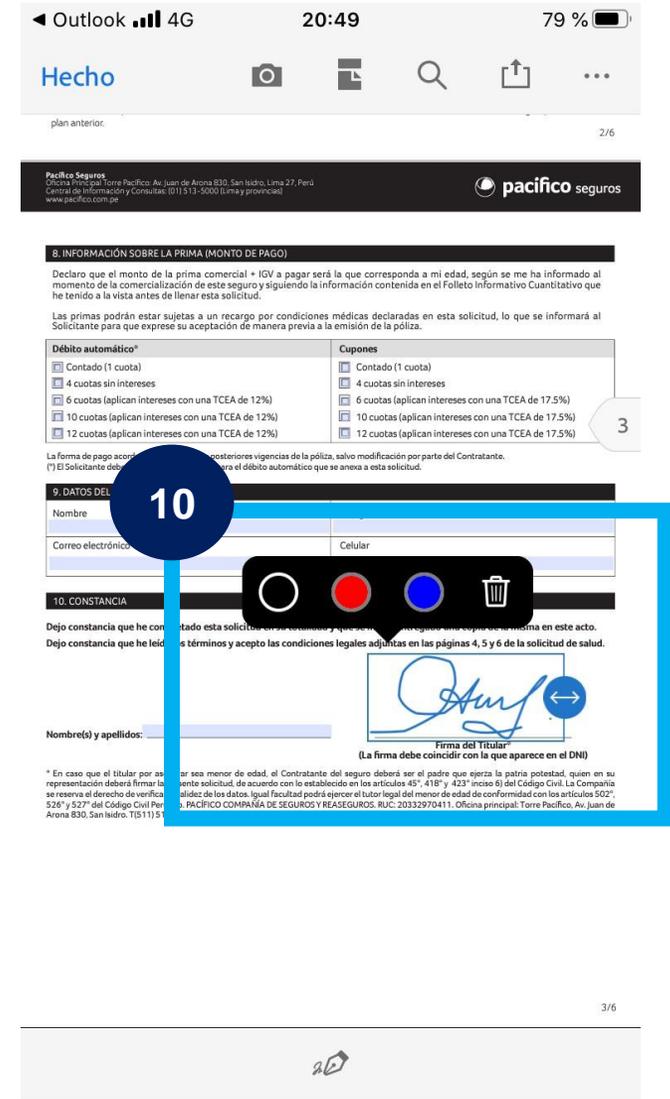
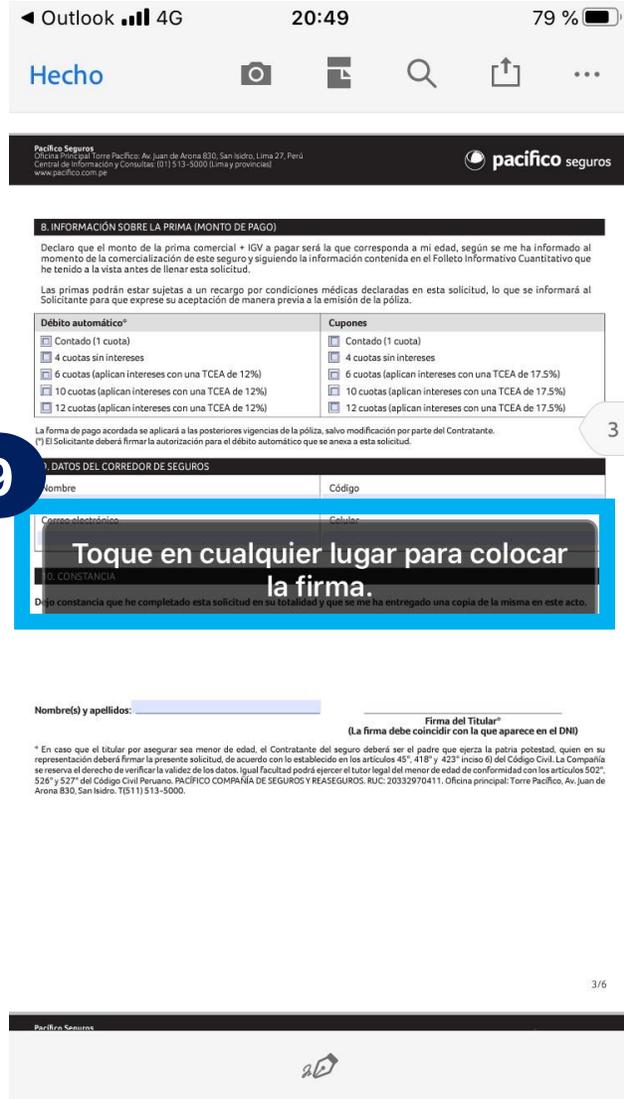
(*) Si el Titular es menor de edad, la firma será del padre, madre o apoderado legal.

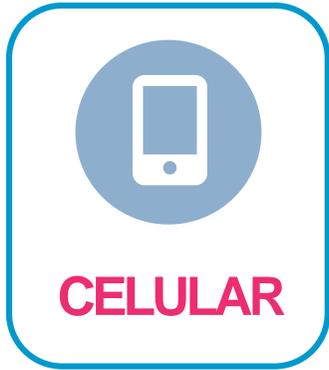




Continuamos con los siguientes pasos:

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).





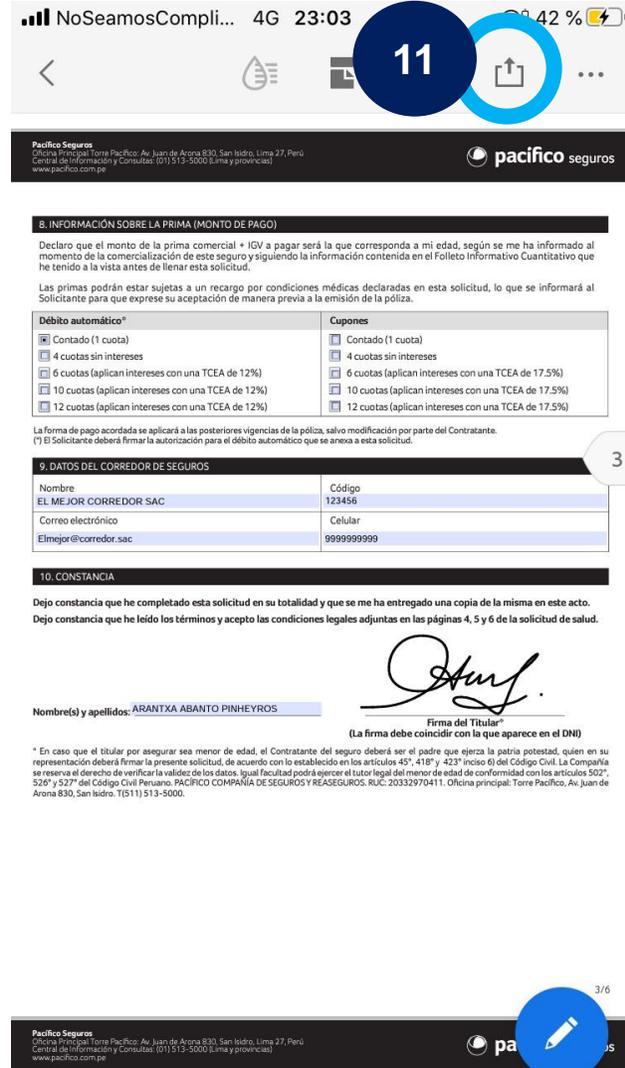
CELULAR



TABLET

Finalmente, terminamos con los siguientes pasos:

11. Compartir la Solicitud.
12. Se puede compartir enviando la Solicitud a un correo.
13. Se puede compartir una copia de la Solicitud en otros aplicativos.



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	
<input checked="" type="checkbox"/> Contado (1 cuota)	<input type="checkbox"/> Contado (1 cuota)	<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"/> 4 cuotas sin intereses	<input type="checkbox"/> 4 cuotas sin intereses
<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)	<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)	<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)	<input type="checkbox"/> 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
EL MEJOR CORREDOR SAC	123456
Correo electrónico	Celular
Elmejor@corredor.sac	999999999

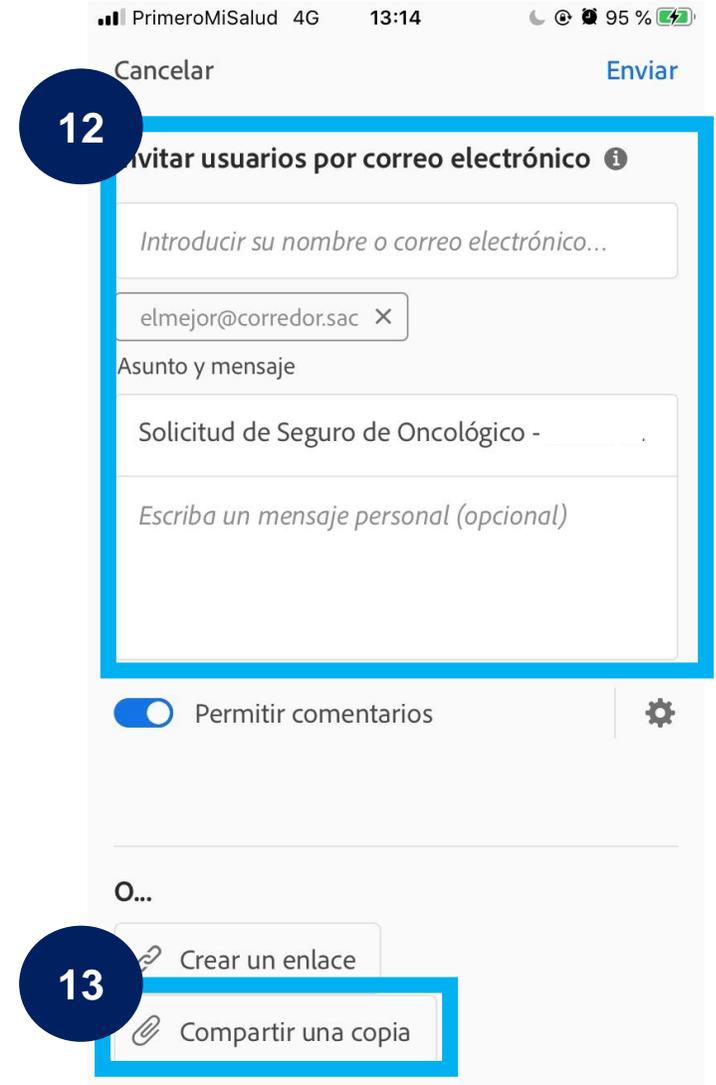
10. CONSTANCIA

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 4, 5 y 6 de la solicitud de salud.

Nombre(s) 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. PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS. RUC: 20332970411. Oficina principal: Torre Pacifico, Av. Juan de Arona 830, San Isidro, T511) 513-5000.



12 Invitar usuarios por correo electrónico

Introducir su nombre o correo electrónico...

elmejor@corredor.sac X

Asunto y mensaje

Solicitud de Seguro de Oncológico -

Escriba un mensaje personal (opcional)

Permitir comentarios

13

Crear un enlace

Compartir una copia

¿Cómo firma el cliente la Solicitud desde la?

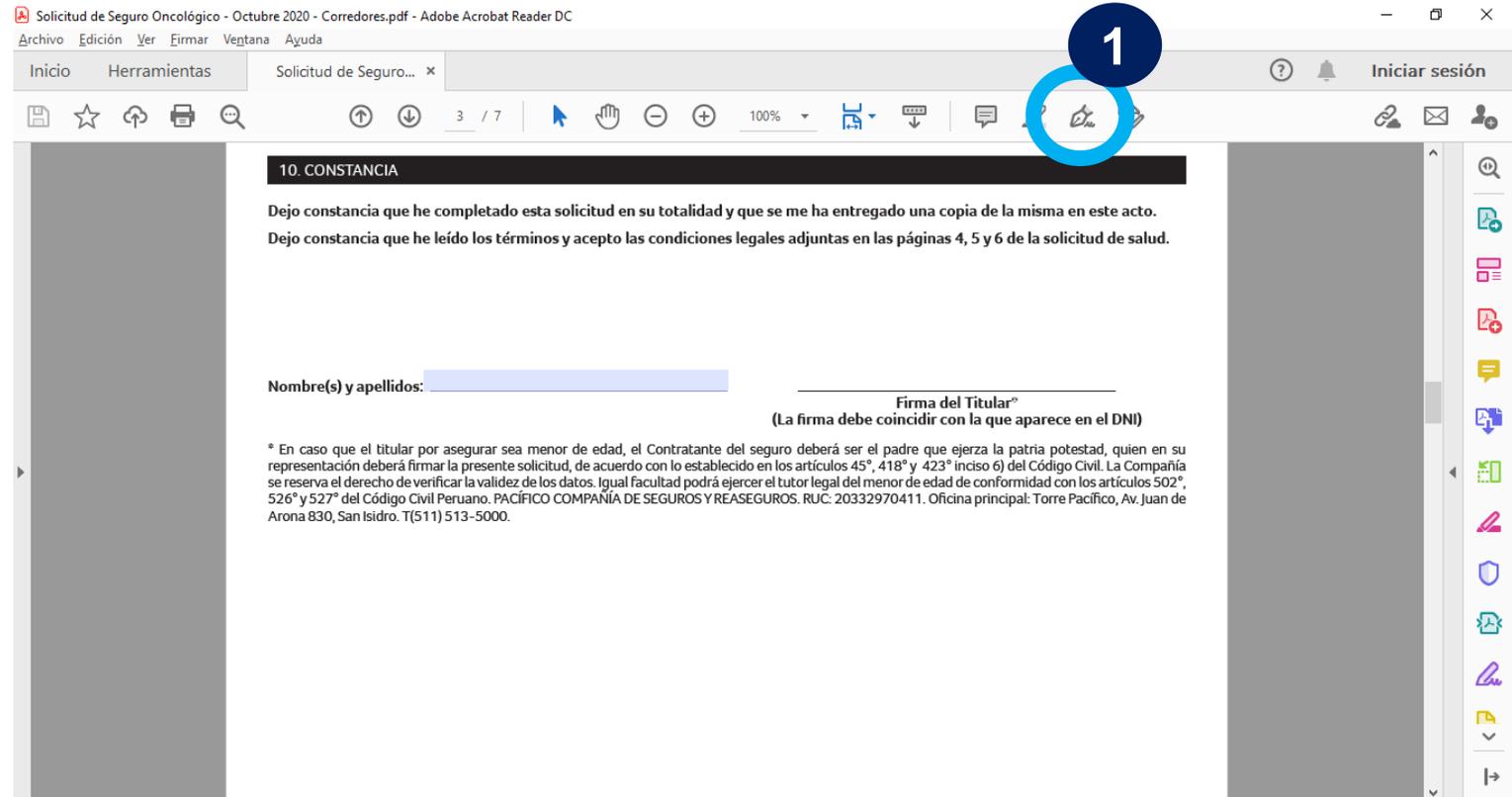




Abrir desde el Programa Adobe Acrobat Reader
(no desde el navegador)

Para firmar, debemos seguir los siguientes pasos:

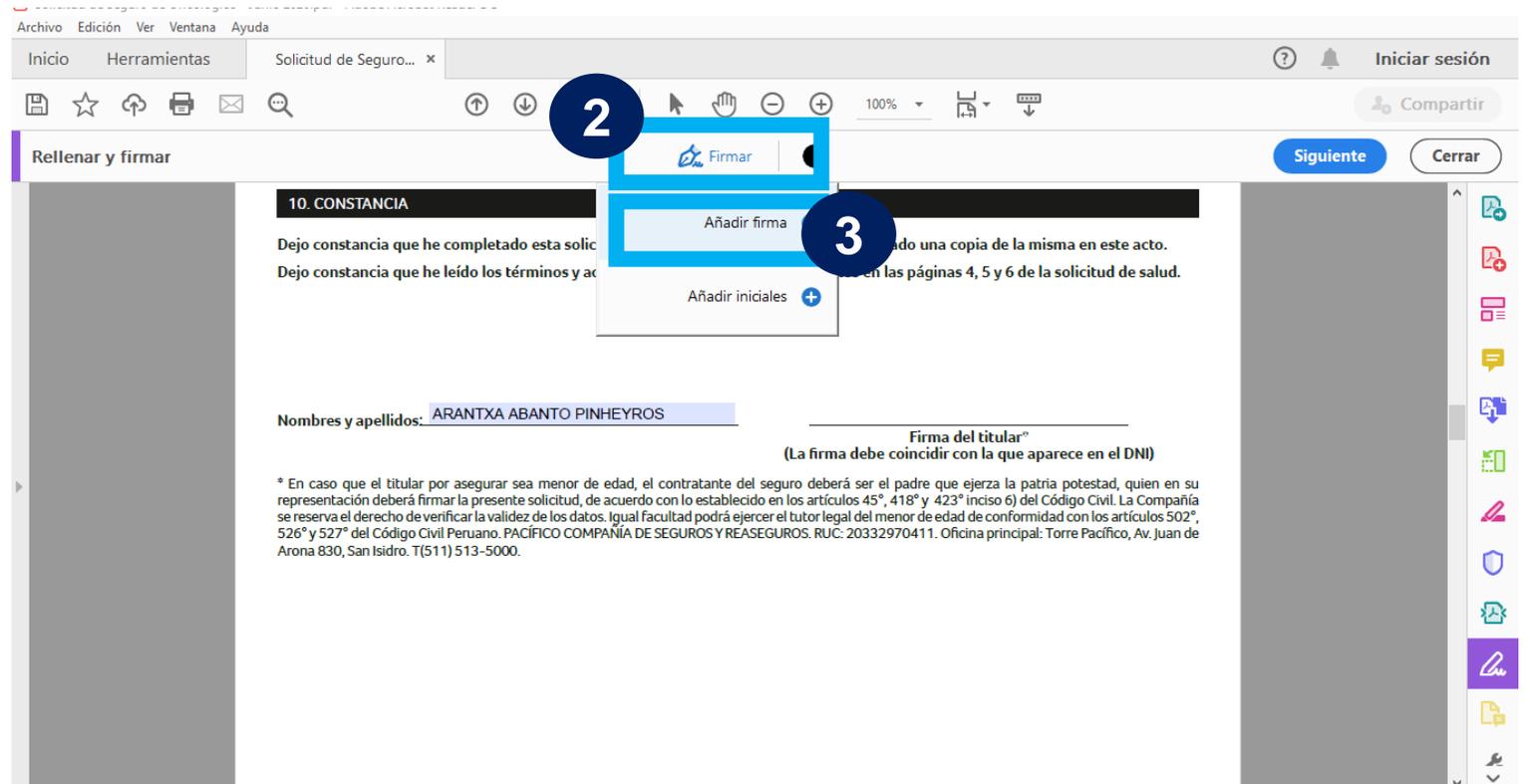
1. Seleccionar el botón de “pluma”
(esquina superior derecha)





Continuamos con los siguientes pasos:

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



Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Solicitud de Seguro... x

Inicio sesión

Compartir

Rellenar y firmar

2 Firmar

3 Añadir firma

Añadir iniciales +

10. CONSTANCIA

Dejo constancia que he completado esta solicitud de salud y he adjuntado una copia de la misma en este acto.
Dejo constancia que he leído los términos y condiciones de la póliza y he aceptado en las páginas 4, 5 y 6 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 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 COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS. RUC: 20332970411. Oficina principal: Torre Pacífico, Av. Juan de Arona 830, San Isidro. T(511) 513-5000.

Siguinte Cerrar



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”

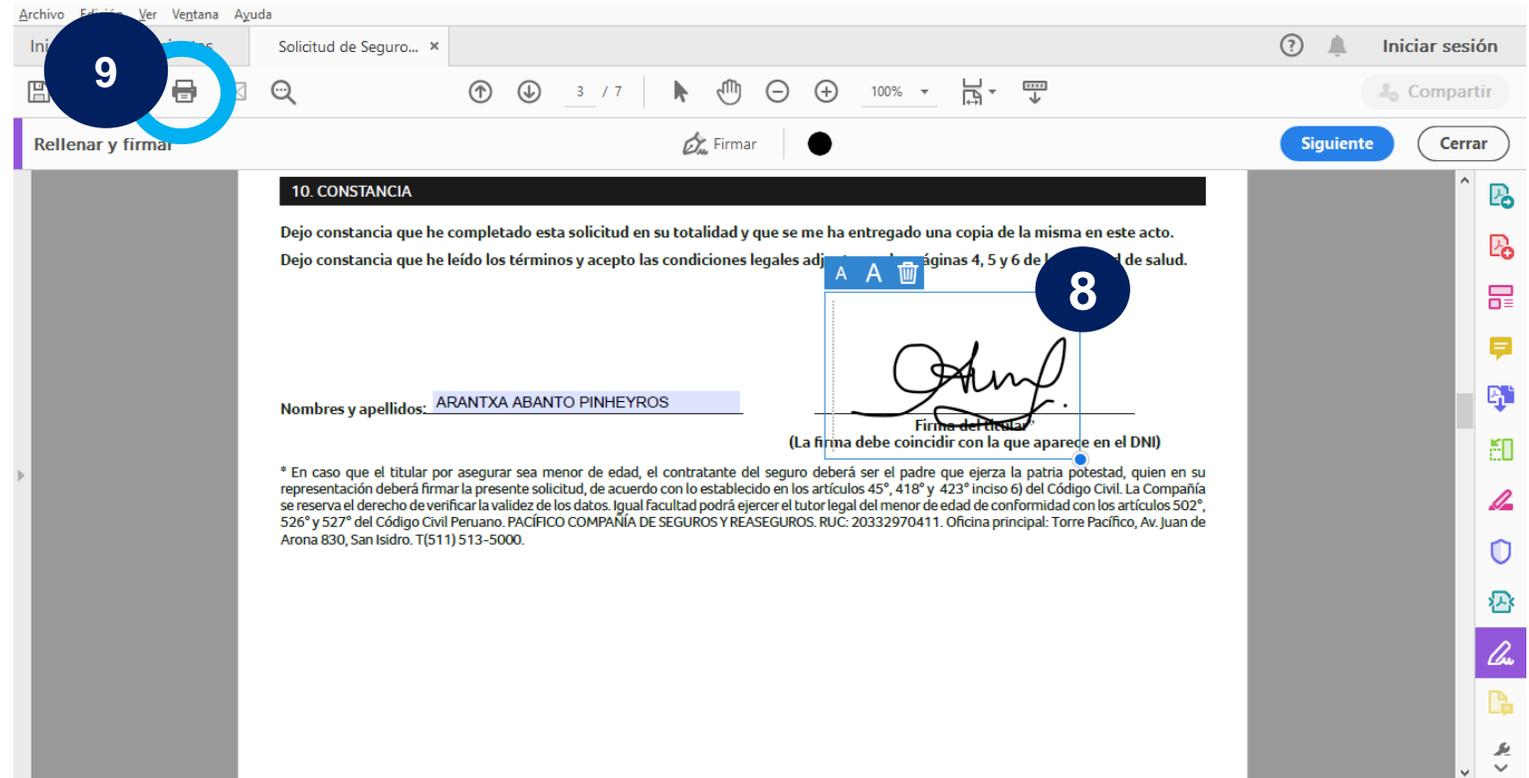


(*) Si el Titular es menor de edad, la firma será del padre, madre o apoderado legal.



Continuamos con los siguientes pasos:

8. Acomodar la firma en el lugar correspondiente
9. Imprimir solicitud en PDF



The screenshot shows a web browser window displaying a document titled "Solicitud de Seguro...". The document content includes:

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.

Nombres y apellidos: ARANTXA ABANTO PINHEYROS

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

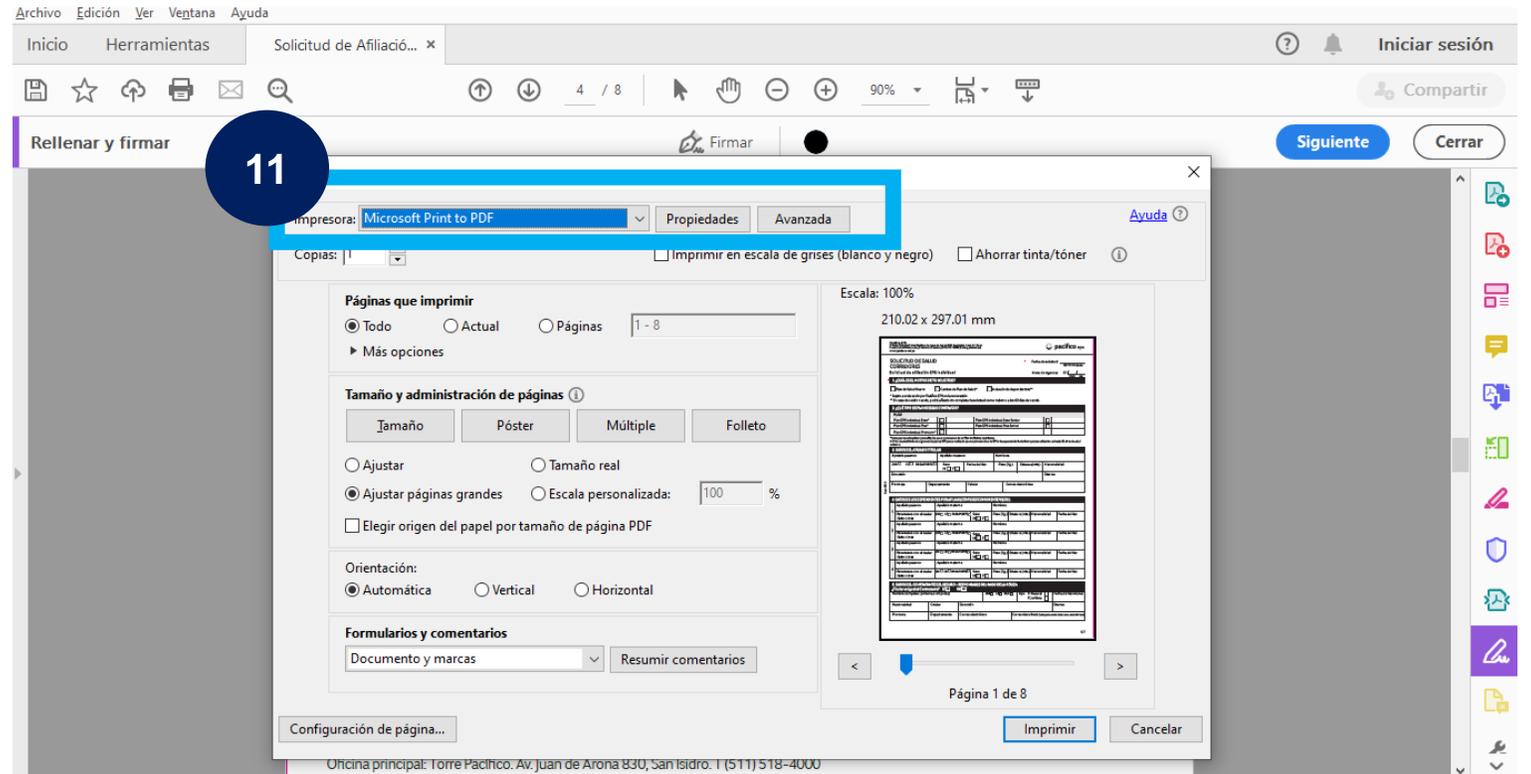
* En caso que el titular por asegurar sea menor de edad, el contratante del seguro deberá ser el padre que ejerza la patria potestad, quien en su representación deberá firmar la presente solicitud, de acuerdo con lo establecido en los artículos 45°, 418° y 423° inciso 6) del Código Civil. La Compañía 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. PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS. RUC: 20332970411. Oficina principal: Torre Pacífico, Av. Juan de Arona 830, San Isidro. T(511) 513-5000.

Navigation and UI elements: "Rellenar y firmar", "Firmar", "Siguiete", "Cerrar", "Iniciar sesión", "Compartir", "3 / 7", "100%", "Archivo", "Editar", "Ver", "Ventana", "Ayuda".



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
- 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.

5. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD DEBE SER LLENADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Se va a registrar cada una de las preguntas (preguntas de combinación) marcando con "X" el nivel de dependencia, independientemente de que todas estén completas, de lo contrario la solicitud no podrá ser procesada y se tomará como no presentada. Por favor, asegurese también de responder según el orden de dependencias asignado en el cuadro de COSTOS DE LOS DEPENDIENTES POR ASIGURAR (página anterior, punto 4).

Pregunta	Titular		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿Este individuo diagnosticado ya recibió tratamiento por cualquier tipo de cáncer, neoplasia o tumor benigno, maligno, condiloma, leucodermia, Tumor de Hodgkin, Hepatoma B o C Virus del Papiloma Humano, etc. (ver)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
2. ¿Se encuentran recibiendo tratamiento hospitalario o quirúrgico por alguna condición o enfermedad que aún no tiene diagnóstico definitivo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
3. ¿Tiene indicación médica para la realización de una biopsia, procedimiento diagnóstico por citoscopia o si han recibido alguno de esos procedimientos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
4. ¿Es hipotético?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DEL PUNTO ANTERIOR FUE AFIRMATIVA LA EXCEPCIÓN DE LA PREGUNTA 4. COMPLETE ESTE CUADRO:

Nº	Nombre completo	Enfermedad o dolencia	Clínica o centro médico donde se atiende	Tratamiento recibido			Fecha de diagnóstico	Estado de salud actual
				Medicamentos	Quirúrgico	Hospitalización		

- 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



pacifico