



Salud

Manual de llenado PDF Editable

Solicitud de Afiliación EPS Individual
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

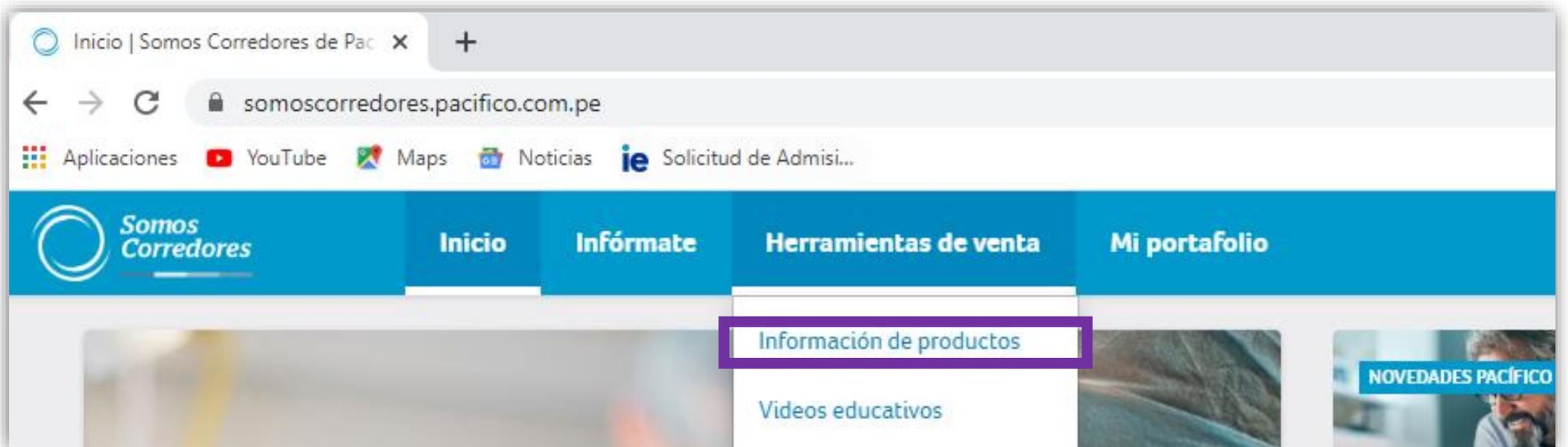
3

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!

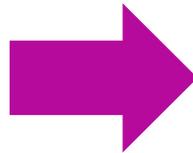
<https://somoscorredores.pacifico.com.pe/>



¡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

-  Solicitud de seguro de salud - octubre 2020
PDF, 713Kb
-  Manual de llenado de solicitud de salud - octubre 2020
PDF, 2438Kb
-  Solicitud de seguro oncológico - octubre 2020
PDF, 688Kb
-  Manual de llenado de solicitud de seguro oncológico - octubre 2020
PDF, 2641Kb
-  Solicitud de afiliación EPS individual - octubre 2020
PDF, 642Kb

¡Indispensable abrir la solicitud en el Adobe Acrobat Reader!

Solicitud Afiliación EPS Individual - Corredores - Octubre 2020.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Firmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Solicitud Afiliación E... x

Inicio sesión

Pacífico EPS
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

Limpiar Formulario

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN EPS INDIVIDUAL
CORREDORES**

Octubre 2020

*Fecha de solicitud: dd mm aa

*Inicio de vigencia: 01 / mm / aa

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

Plan de Salud Nuevo Cambio de Plan de Salud* Inclusión de Dependientes***

* Sujeto a evaluación por Pacífico EPS en la renovación.
*** En caso de recién nacido, podrá afiliarlo sin completar la solicitud como máximo a los 60 días de nacido.

2. OBSERVACIONES RELEVANTES EN LA SOLICITUD

3. ¿QUÉ TIPO DE PLAN DESEAS CONTRATAR?

PLAN			
Plan EPS Individual Base*	<input type="checkbox"/>	Plan EPS Individual Base Senior	<input type="checkbox"/>
Plan EPS Individual Plus*	<input type="checkbox"/>	Plan EPS Individual Plus Senior	<input type="checkbox"/>
Plan EPS Individual Premium*	<input type="checkbox"/>		



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. Inicio de vigencia del Plan
3. Motivo de la solicitud
4. Observaciones relevantes en la solicitud
5. Elección del Plan
6. Datos del Titular
7. Datos de los Dependientes (*)
8. Datos del Contratante
9. Declaración Jurada de Salud

(*) Dependientes: Cónyuge o conviviente e hijos.

Pacífico EPS
Oficina Principal Torre Pacífico: Av. Juan de Acosta 830, San Martín, Lima 27, Perú
Central de Información y Consultas: (01) 513-3000 (Lima y provincias)
www.pacifico.com.pe

Limpiar Formulario

pacífico

SOLICITUD DE AFILIACIÓN EPS INDIVIDUAL CORREDORES

Fecha de solicitud: dd mm aa

Inicio de vigencia: 01 / / mm aa

¿CUÁL ES EL MOTIVO DE TU SOLICITUD?

Plan de Salud Nuevo Cambio de Plan de Salud* Inclusión de Dependientes**

* Sujeto a evaluación por Pacífico EPS en la renovación.
En caso de recién nacido, podrá afiliarlo sin completar la solicitud como máximo a los 60 días de nacido.

OBSERVACIONES RELEVANTES EN LA SOLICITUD

3. ¿QUÉ TIPO DE PLAN DESEAS CONTRATAR?

PLAN

Plan EPS Individual Base*	<input type="checkbox"/>	Plan EPS Individual Base Senior	<input type="checkbox"/>
Plan EPS Individual Plus*	<input type="checkbox"/>	Plan EPS Individual Plus Senior	<input type="checkbox"/>
Plan EPS Individual Premium*	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

* Estos planes solo aplican para afiliados que no provienen de un Plan de Padres o Jubilados.
NOTA: La edad límite de ingreso a los planes EPS para un afiliado que no proviene de una EPS o ha superado la fecha límite para su afiliación es hasta 65 años de edad inclusive.

4. DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres			
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac.	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad
Dirección		Distrito			
Provincia	Departamento	Celular	Correo electrónico		

5. DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR AFILIAR (CÓNYUGE/CONVIVIENTE/HIJOS)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				
Parentesco con el Titular Seleccionar	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Fecha de Nac.
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				
Parentesco con el Titular Seleccionar	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Fecha de Nac.
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				
Parentesco con el Titular Seleccionar	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Fecha de Nac.
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				
Parentesco con el Titular Seleccionar	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	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 <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/>	Tipo <input type="checkbox"/> P. Natural <input type="checkbox"/> P. Jurídica	Fecha de Nacimiento
Nacionalidad	Celular	Dirección		Distrito
Provincia	Departamento	Correo electrónico	Correo electrónico (solo por envío de facturas electrónicas)	

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

Sírvete responder cada una de las preguntas indicadas a continuación marcando una "X" en el recuadro correspondiente. Asegúrate que todas estén completadas, de lo contrario la solicitud no podrá ser procesada y se tomará como no presentada. Por favor, asegúrate también de responder según el orden de Dependientes asignado en el cuadro de DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR ASEGURAR (página anterior, punto 5).

Nº	Declarar inclusive si el antecedente 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 verificarse.	Titular		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4	
		SI	No								
1	Sistema nervioso, sistema ocular, auditivo y/o trastornos mentales. Por ejemplo: migraña, convulsiones, epilepsia, derrame cerebral, párkinson, parálisis cerebral, hidrocefalia, cataratas, glaucoma, ptosis, hipoacusia, otitis, esquizofrenia, depresión.	<input type="checkbox"/>									
2	Aparato respiratorio. Por ejemplo: asma bronquial, bronquitis crónica, sinusitis, desviación de tabique nasal.	<input type="checkbox"/>									
3	Aparato cardiovascular y de la sangre. Por ejemplo: hipertensión arterial, arritmia, angina, soplo cardíaco, infarto cardíaco, enfermedad de las válvulas cardíacas, vértigos, trombosis, aneurisma, anemias, hemofilia, desórdenes de la coagulación, trombofilia.	<input type="checkbox"/>									
4	Sistema endocrino, enfermedades ginecológicas y/o del aparato genitourinario. Por ejemplo: diabetes, enfermedad tiroidea, hiperprolactinemia, adenoma de hipófisis, quistes en mamas u ovarios, endometriosis, displasia de cérvix, insuficiencia renal, glomerulonefritis, hiperplasia de próstata, prostatitis, cálculo urinario.	<input type="checkbox"/>									
5	Aparato digestivo y pared abdominal. Por ejemplo: gastritis, úlcera, hernia hiatal, cirrosis hepática, cálculos en la vesícula, pancreatitis.	<input type="checkbox"/>									
6	Enfermedades de la piel y/o enfermedades infecciosas crónicas. Por ejemplo: rosácea, psoriasis, vitiligo, dermatitis alérgica, hepatitis, meningitis, tuberculosis, VIH/sida.	<input type="checkbox"/>									
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.	<input type="checkbox"/>									
8	Enfermedades oncológicas y/o tumores. Por ejemplo: cáncer de cualquier órgano o tejido del cuerpo, pólipos, mioma uterino, nódulos tiroideos, verrugas genitales.	<input type="checkbox"/>									
9	Enfermedades congénitas o hereditarias. Por ejemplo: cardiopatía, riñón poliquístico, luxación congénita de cadera.	<input type="checkbox"/>									
10	¿Alguna de las personas por asegurar ha tenido algún antecedente médico (enfermedad - lesión - discapacidad - hospitalización y/o cirugía) que no esté incluido en alguna pregunta de la solicitud y/o recibe algún medicamento actualmente o lo ha recibido en los últimos 12 meses, inclusive si este antecedente fue financiado por Pacífico?	<input type="checkbox"/>									
11	¿Te encuentras en estado de gestación?	<input type="checkbox"/>									

Proceso de llenado de solicitud

15. Declaraciones del Afiliado 16. Información legal importante

Pacífico EPS
Oficina Principal Torre Pacífico: Av. Juan de Azua 830, San Isidro, Lima 27, Perú
Centro de Información y Consultas: (01) 513-3000 (Lima y provincias)
www.pacifico.com.pe



15. DECLARACIONES DEL AFILIADO

- Declaro que:
1. 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 los aportes y, por ende, en la cobertura del Plan de Salud.
 2. 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 del Plan de Salud.
 3. Conozco que constituye reticencia y/o declaración inexacta con dolo o culpa inexcusable (negligencia grave), según el caso, por ejemplo:
 - Completar de forma inexacta la Declaración Jurada de Salud con el propósito de faltar, ocultar o cambiar la verdad de mi situación de salud o la de mis Dependientes inscritos. No aplica cuando las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o declaración jurada de salud y PACÍFICO EPS igualmente celebró el contrato.
 - Realizar un llenado incompleto o parcial de la Declaración Jurada de Salud, con reserva o silencio de elementos fundamentales para el conocimiento exacto de mi situación de salud o la de mis DEPENDIENTES inscritos. No aplica cuando las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o declaración jurada de salud y PACÍFICO EPS igualmente celebró el contrato.
 - No revelar datos o información contenida en la(s) historia(s) clínica(s) del Solicitante o Dependientes a afiliado solicitada por PACÍFICO EPS al momento de la evaluación de la presente solicitud de Plan de Salud, conforme a lo establecido en el artículo 29 de la Ley 26842 – Ley General de Salud.
 4. Conozco que tengo la obligación de notificar por escrito a PACÍFICO EPS, en el contrato, los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y conozco también que esta obligación se extiende durante la vigencia del Contrato de Plan de Salud, y, asimismo, en las vigencias de planes de salud que se negocien sucesiva e ininterrumpidamente.
 5. Conozco que tengo la obligación de informar a PACÍFICO EPS 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 del Plan de Salud original o para el caso de nuevas vigencias sucesivas e ininterrumpidas. Si no actualizo la información que brindo para la emisión del Plan de Salud 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.
 6. Conozco que estoy facultado para plantear ante PACÍFICO EPS todas las consultas y/o dudas que pueda tener respecto del contenido de la Declaración Jurada de Salud que consta en el presente documento.
 7. Conozco que para la atención de mis preexistencias o las de mis Dependientes, de ser el caso, y una vez celebrado el Plan de Salud, PACÍFICO EPS solicitará a la EPS anterior 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 dicha EPS de similares características, en el período inmediato anterior al presente Plan de Salud. Esto, a efectos de conocer los alcances de mi anterior EPS y otorgarme la continuidad de la cobertura correspondiente.
 8. He tenido a mi disposición de manera previa a la contratación de este Plan de Salud las condiciones generales, condiciones particulares, condiciones especiales y demás información del Plan de Salud que solicito. Conozco que este Plan de Salud se encuentra sometido a períodos de carencia y de espera según lo señalado en las Condiciones Particulares, períodos en los cuales no se aplican determinadas coberturas. Se exonera el período de espera [debe superar los meses del período de espera, se considera el período de su plan anterior para la sumatoria de meses] y carencia a los afiliados provenientes de una EPS, y que realicen su afiliación en un máximo de 60 días de la exclusión del Plan de Salud.

Pacífico EPS
Oficina Principal Torre Pacífico: Av. Juan de Azua 830, San Isidro, Lima 27, Perú
Centro de Información y Consultas: (01) 513-3000 (Lima y provincias)
www.pacifico.com.pe



16. INFORMACIÓN LEGAL IMPORTANTE

Entrega de la solicitud del Plan de Salud
Entregaré la propuesta de Plan de Salud al Solicitante Titular y/o Contratante dentro del plazo de 15 días calendario de la recepción de la solicitud, si es que no es rechazada. No obstante, cuando correspondiera, PACÍFICO EPS se obliga a comunicar el rechazo de la solicitud dentro del plazo de 15 días calendario de recibida, salvo que PACÍFICO EPS haya requerido información adicional y/o 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 EPS. En el supuesto que el Contratante y/o Afiliado no complete la información solicitada por PACÍFICO EPS y/o no cumpla con los requerimientos que PACÍFICO EPS haya realizado, se considerará rechazada la solicitud. El Contratante y/o Afiliado podrá presentar una nueva solicitud.

2. Medios de comunicación pactados: escritos (correo electrónico) y telefónicas
Autorizo a PACÍFICO EPS, a que en el caso de aprobar la presente solicitud, pueda enviar válidamente cualquier comunicación y/o notificación vinculada con este Plan de Salud durante su vigencia por cualquiera de los medios de comunicación arriba indicados, precisándose que las comunicaciones por teléfono se realizarán únicamente en aquellos casos en que la comunicación escrita no sea requerida de forma específica, conforme al marco normativo vigente. Declaro, igualmente, conocer y estar de acuerdo con que las comunicaciones y/o notificaciones que sean dirigidas a mí como electrónico surtirán efectos y las consideraré recibidas a partir del momento en que éstas 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.

3. Declaración jurada del Solicitante Titular y Dependientes por afiliado
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 verdaderas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad, hecha con dolo o culpa inexcusable, hace nulo el contrato del Plan de Salud y PACÍFICO EPS tendrá derecho, a título indemnizatorio, a los aportes acordados para el primer año de duración del contrato. Las declaraciones anteriores son verdaderas y esenciales para la determinación del aporte, la cobertura y la decisión de PACÍFICO EPS 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 EPS puede llegar a conocer sobre mi estado de salud y de mis Dependientes (incluyendo lo referido a preexistencias), consiste en, y se circunscribe exclusivamente a:

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

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 EPS en el momento en que ésta 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 EPS toda la información relacionada con el acto médico del Solicitante, siempre que fuese con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría. PACÍFICO EPS 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 EPS me deberá informar previamente para que preste mi consentimiento antes de la emisión del Plan de Salud. Es requisito imprescindible que el Afiliado-Titular, así como sus Dependientes sean personas residentes en el Perú al momento de la contratación del Plan de Salud.

4. Autorización para envío de planes de salud electrónicos
Declaro expresamente y de manera previa que estoy de acuerdo con que PACÍFICO EPS me envíe por medio electrónico el Plan de Salud que he contratado, los endosos y las renovaciones futuras, y que:

He sido informado por PACÍFICO EPS de la forma de envío del Plan de Salud por el medio electrónico pactado y el procedimiento que se seguirá, con las ventajas y los posibles riesgos asociados, y asimismo he tomado conocimiento de las medidas de seguridad que me corresponde aplicar. La forma de envío del Plan de Salud será a mí como electrónico, señalado en este documento.

Para la confirmación de la recepción del Plan de Salud será suficiente la confirmación de la recepción del Plan de Salud que efectúa el propio sistema de PACÍFICO EPS cuando mi bandeja de entrada recibe el correo electrónico con el Plan de Salud, salvo que se demuestre que medió error respecto del envío de la comunicación.

La autenticidad e integridad del Plan de Salud se dará con el envío en PDF donde constará la firma electrónica del representante legal de PACÍFICO EPS.

5. Aceptación tácita – cambio de condiciones
De aprobarse esta solicitud y emitirse el Plan de Salud, PACÍFICO EPS podrá modificar los aportes y demás condiciones del Plan de Salud, al término de la vigencia del mismo, cursando aviso por escrito con 45 días previos al vencimiento del contrato, detallando los cambios.

Proceso de llenado de solicitud

Llenar las siguientes secciones:

- 17. Protección de datos personales
- 18. Modalidad de Pago EPS (Válido para el débito automático. Para la modalidad de Cupón, no es necesario)
- 19. Firma del Titular de la Tarjeta

Pacífico EPS
 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



17

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 EPS podrá tratarla, actualizarla, completarla y realizar flujos transfronterizos conforme a ley.

PACÍFICO EPS 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 EPS 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 781, de titularidad de PACÍFICO EPS, 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 EPS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público o por teléfono o a través del Chat ubicado en nuestra página web www.pacifico.com.pe
 El detalle de nuestra Política de Privacidad se encuentra disponible en <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>

NOTA: Es obligación del Titular y Dependiente(s) legal(es) responder todas las preguntas de la presente solicitud, caso contrario, esta no podrá ser procesada y será devuelta como incompleta.

Modalidad de Pago 18



* Código del Intermediario: Fecha: / /
 Nombre del Intermediario:
 Contratante:
 * Titular de la cuenta/tarjeta:

* Documento: DNI Cc RUC Número:
 Código de Afiliado: Producto: Matrícula (uso exclusivo de Cobranza Pacífico EPS):
 Código de Afiliado: Producto: Matrícula (uso exclusivo de Cobranza Pacífico EPS):

* Llenar solo en caso de modificaciones de cuenta/tarjeta o afiliaciones al débito automático de un plan de salud ya emitido.

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Como Titular de la cuenta bancaria y/o tarjeta de crédito indicada en el presente formato autorizo a Pacífico EPS, con RUC 2043 1115825, sin requerir de visto ni confirmación posterior, a realizar los cargos automáticos de los aportes que resulten de la contratación del/los plan(es) solicitado(s) en la cuenta bancaria y/o tarjeta de crédito o débito indicada en la presente solicitud, entendiéndose a la tarjeta de crédito que el banco emite por renovación, pérdida o robo en caso el banco lo notifique a Pacífico EPS. Si no se efectúa dicha comunicación Pacífico EPS no será responsable por la falta de cargo de la prima, pudiendo quedar suspendida de la cobertura del plan de salud, siguiendo el procedimiento establecido en las Condiciones Generales.

A) CUENTA BANCARIA

BIC Cta. Ahorros (14) Tipo de Cuenta: Ahorros Corriente Maestra
 BIC Cta. Cta. / Maestra (13) Moneda de la Cuenta: Nacional Extranjera
 N° de Cuenta:

NOTA: Llenar en "N° de Cuenta" hasta el número indicado en el paréntesis correspondiente.

B) TARJETA

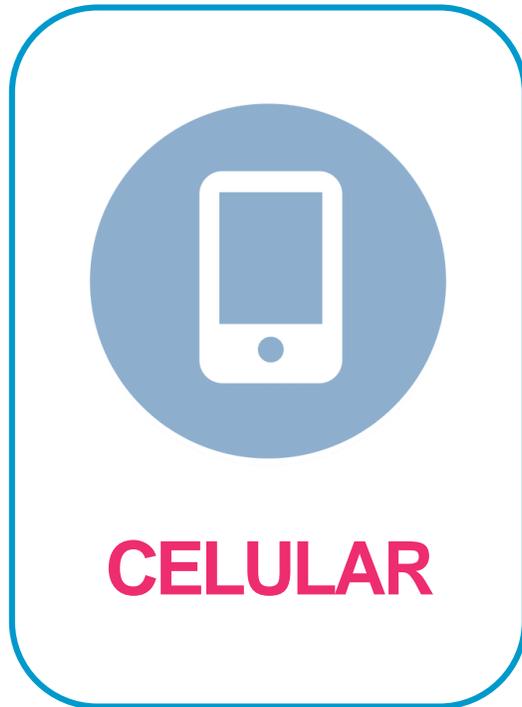
VISA (16)
 Número de Tarjeta:
 Fecha de vencimiento: /

19

Firma del Titular de la cuenta/tarjeta

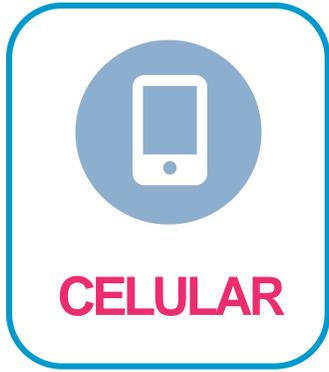
El Contratante declara conocer que está prohibido brindar el código de seguridad (CVV) o copia del reverso de su tarjeta, en tal sentido, reconoce que Pacífico EPS no será responsable en caso haga caso omiso de esta prohibición. Si el número de tarjeta y el código de seguridad aparecen en la misma cara de la tarjeta, el Titular deberá tapar dicha información. Mediante la aceptación del presente documento, el Contratante autoriza a Pacífico EPS a cargarle en su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria señalada, en un lapso de treinta (30) días, el importe de hasta 3 cuotas del aporte pagado en caso de encontrarse vencido sus cuotas. El débito automático procederá en la medida en que la cuenta disponga de fondos líquidos disponibles para afectar la totalidad del abono. Se deja expresa constancia que el Contratante podrá solicitar la suspensión del débito automático por cualquier medio de comunicación pagado a Pacífico EPS, o también a través de una comunicación escrita dirigida a la Entidad Financiera emisora de la cuenta, tarjeta de crédito o débito. Pacífico EPS no autoriza a su personal a recibir suma alguna de dinero por concepto del aporte del plan de salud en forma personal. En ese sentido, Pacífico EPS 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 tarjeta de crédito se efectuara en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio del día de operación del banco que corresponde. Las tarjetas de crédito emitidas fuera del país serán sujetas a un recargo por parte de la entidad emisora.
 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 EPS podrá tratarla, actualizarla, completarla y realizar flujos transfronterizos conforme a ley. PACÍFICO EPS 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 EPS 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 781, de titularidad de PACÍFICO EPS, 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 EPS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público o por teléfono o a través del Chat ubicado en nuestra página web www.pacifico.com.pe
 El detalle de nuestra Política de Privacidad se encuentra disponible en <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>
 La aceptación de la presente solicitud está sujeta a verificación de firmas y datos. Esta autorización será válida para el plan de salud vigente y para futuras renovaciones.

¿Cómo firma el cliente la Solicitud desde el?



ó





CELULAR



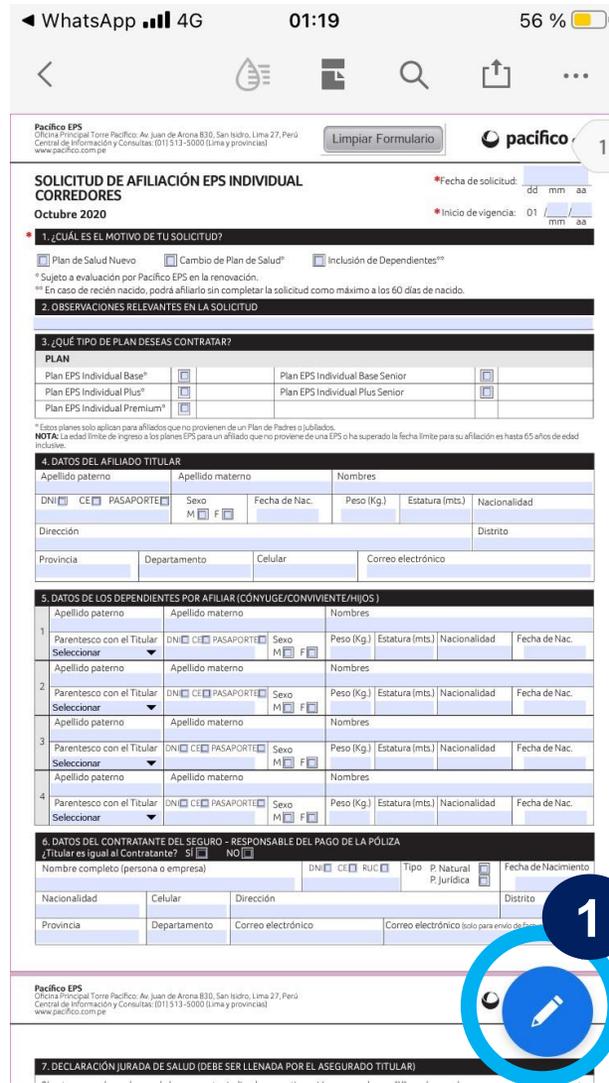
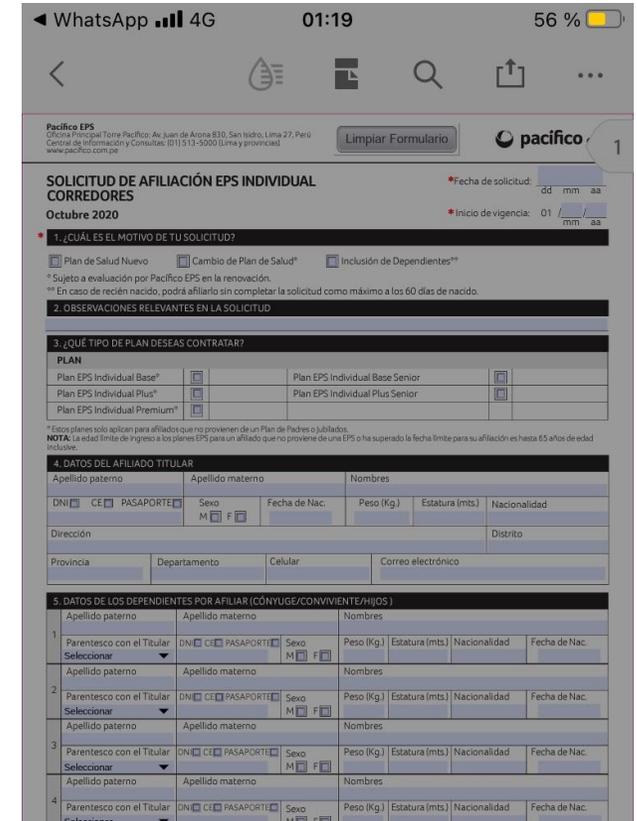
TABLET

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”

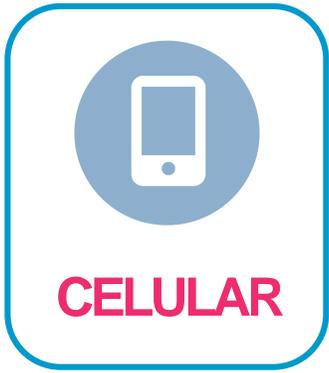



Comentar

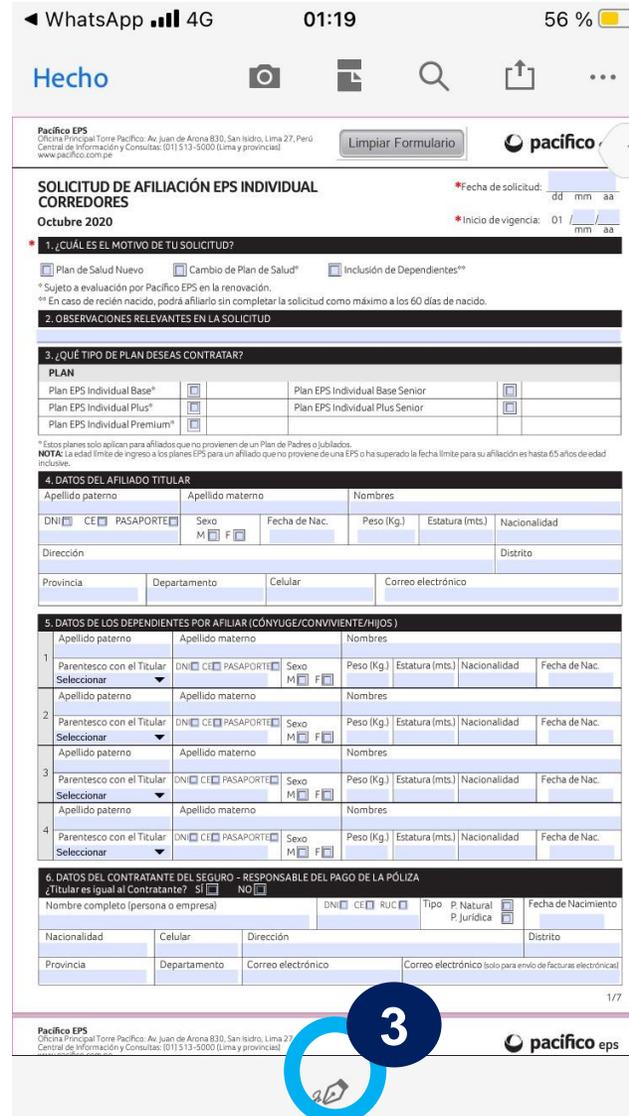
Rellenar y firmar

Editar PDF

2



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



WhatsApp 4G 01:19 56%

Hecho

Pacífico EPS
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

Limpia Formulario pacifico

SOLICITUD DE AFILIACIÓN EPS INDIVIDUAL CORREDORES

*Fecha de solicitud: dd mm aa
*Inicio de vigencia: 01 / mm / aa

1. ¿CUÁL ES EL MOTIVO DE TU SOLICITUD?

Plan de Salud Nuevo Cambio de Plan de Salud* Inclusión de Dependientes**

* Sujeto a evaluación por Pacífico EPS en la renovación.
** En caso de recién nacido, podrá afiliarlo sin completar la solicitud como máximo a los 60 días de nacido.

2. OBSERVACIONES RELEVANTES EN LA SOLICITUD

3. ¿QUÉ TIPO DE PLAN DESEAS CONTRATAR?

PLAN

Plan EPS Individual Base*	<input type="checkbox"/>	Plan EPS Individual Base Senior	<input type="checkbox"/>
Plan EPS Individual Plus*	<input type="checkbox"/>	Plan EPS Individual Plus Senior	<input type="checkbox"/>
Plan EPS Individual Premium*	<input type="checkbox"/>		

* Entre planes solo aplican para afiliados que no provienen de un Plan de Padres o Jubilados.
NOTA: La edad límite de ingreso a los planes EPS para un afiliado que no proviene de una EPS o ha superado la fecha límite para su afiliación es hasta 65 años de edad inclusive.

4. DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				
DNI <input type="text"/>	CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nac. <input type="text"/>	Peso (Kg.) <input type="text"/>	Estatura (mts.) <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text"/>
Dirección <input type="text"/>			Distrito <input type="text"/>			
Provincia <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>	Celular <input type="text"/>	Correo electrónico <input type="text"/>			

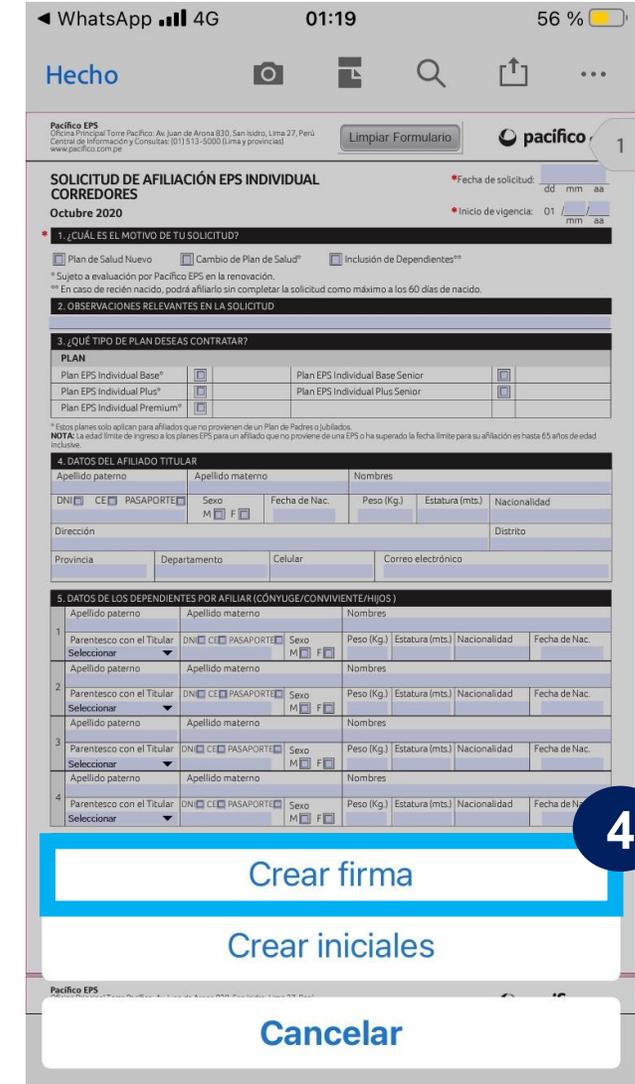
5. DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR AFILIAR (CÓNYUGE/CONVIVIENTE/HIJOS)

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

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

Nombre completo (persona o empresa) <input type="text"/>		DNI <input type="text"/>	CE <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/>	Tipo <input type="checkbox"/> P. Natural <input type="checkbox"/> P. Jurídica <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento <input type="text"/>
Nacionalidad <input type="text"/>	Celular <input type="text"/>	Dirección <input type="text"/>		Distrito <input type="text"/>	
Provincia <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>	Correo electrónico <input type="text"/>	Correo electrónico solo para envío de facturas electrónicas <input type="text"/>		

pacifico eps



WhatsApp 4G 01:19 56%

Hecho

Pacífico EPS
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

Limpia Formulario pacifico

SOLICITUD DE AFILIACIÓN EPS INDIVIDUAL CORREDORES

*Fecha de solicitud: dd mm aa
*Inicio de vigencia: 01 / mm / aa

1. ¿CUÁL ES EL MOTIVO DE TU SOLICITUD?

Plan de Salud Nuevo Cambio de Plan de Salud* Inclusión de Dependientes**

* Sujeto a evaluación por Pacífico EPS en la renovación.
** En caso de recién nacido, podrá afiliarlo sin completar la solicitud como máximo a los 60 días de nacido.

2. OBSERVACIONES RELEVANTES EN LA SOLICITUD

3. ¿QUÉ TIPO DE PLAN DESEAS CONTRATAR?

PLAN

Plan EPS Individual Base*	<input type="checkbox"/>	Plan EPS Individual Base Senior	<input type="checkbox"/>
Plan EPS Individual Plus*	<input type="checkbox"/>	Plan EPS Individual Plus Senior	<input type="checkbox"/>
Plan EPS Individual Premium*	<input type="checkbox"/>		

* Entre planes solo aplican para afiliados que no provienen de un Plan de Padres o Jubilados.
NOTA: La edad límite de ingreso a los planes EPS para un afiliado que no proviene de una EPS o ha superado la fecha límite para su afiliación es hasta 65 años de edad inclusive.

4. DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				
DNI <input type="text"/>	CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nac. <input type="text"/>	Peso (Kg.) <input type="text"/>	Estatura (mts.) <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text"/>
Dirección <input type="text"/>			Distrito <input type="text"/>			
Provincia <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>	Celular <input type="text"/>	Correo electrónico <input type="text"/>			

5. DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR AFILIAR (CÓNYUGE/CONVIVIENTE/HIJOS)

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

Crear firma

Crear iniciales

Cancelar

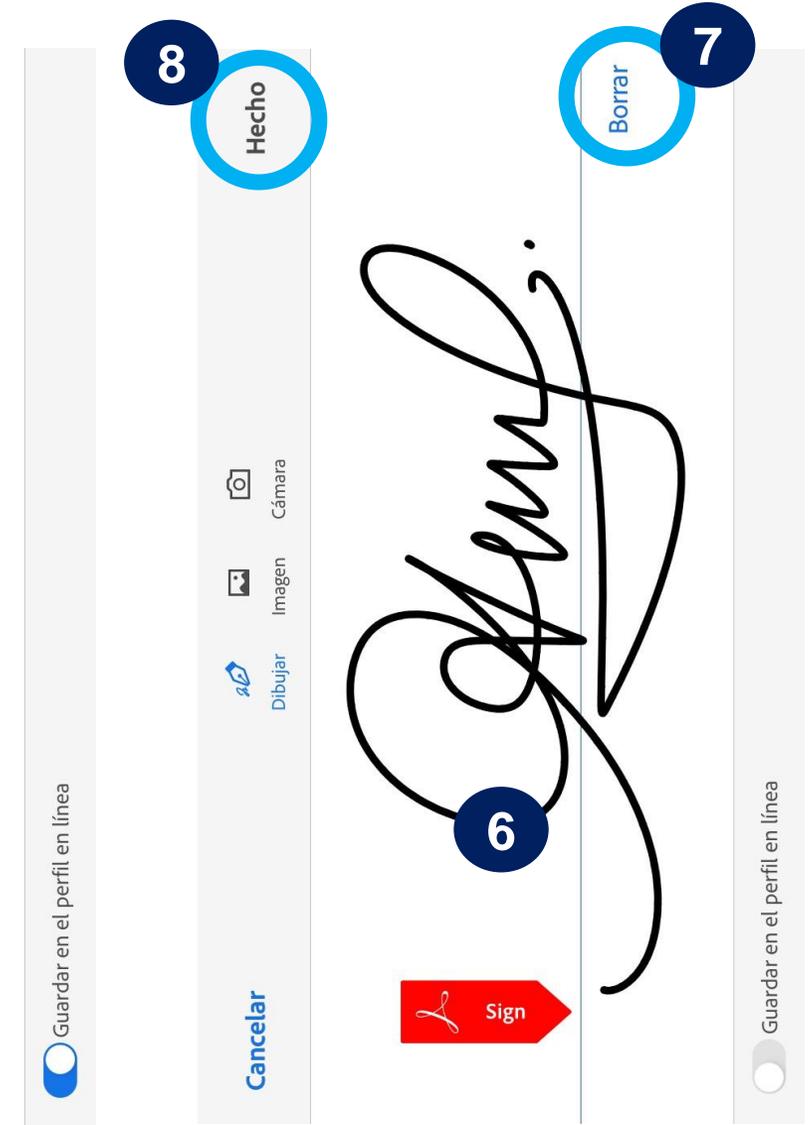
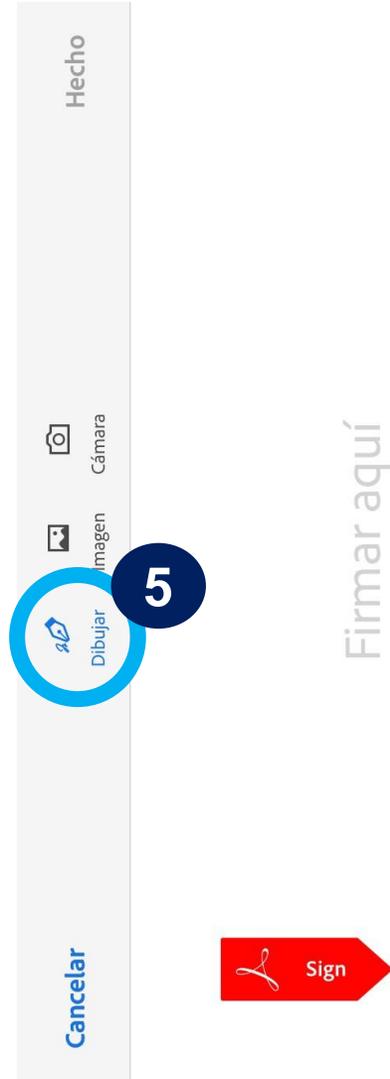
pacifico eps

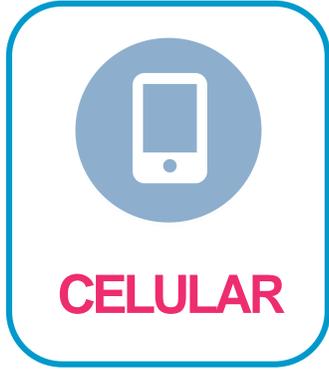


Continuamos con los siguientes pasos:

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).

WhatsApp 4G 01:22 56%

Hecho

Central de Información Consultas: (011) 513-5000 (Lima y provincias)
www.pacifico.com.pe

9. INFORMACIÓN SOBRE EL APORTE (MONTO DE PAGO)

Declaro que el monto del aporte más IVA a pagar me ha sido informado durante el proceso de venta, previo a la firma de esta solicitud; y declaro conocer que la misma información se encuentra a mi disposición en la página web de PACÍFICO (www.pacifico.com.pe).

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

La forma de pago acordada se aplicará a las posteriores vigencias del Plan de Salud, salvo modificación por parte del Contratante.
() El Solicitante deberá firmar la autorización para el débito automático que se anexa a esta solicitud.
En la fecha que se suscribe la presente Solicitud, el solicitante del Plan de Salud está de acuerdo con realizar un pago adelantado a Pacifico Entidad Prestadora de Salud del equivalente al aporte del Plan de Salud o a una cuota de él. Las partes declaran su conformidad a que dicho pago no implica la aprobación de la presente solicitud.

De aprobarse esta solicitud, las partes están de acuerdo en que dicho pago se imputará al aporte o a la primera cuota de ella, según la forma de pago acordada. De no aprobarse la solicitud, el pago efectuado será devuelto en el plazo máximo de siete (7) días hábiles, con los intereses legales que se generen hasta el momento de la devolución, según la tasa de interés que apruebe el BCRA. La devolución se efectuará en la misma cuenta bancaria que señaló el Solicitante y/o a cuyo cargo se efectuó el adelanto.

Declaro conocer que Pacifico Entidad Prestadora de Salud no autoriza a su personal a recibir suma de dinero alguna. En tal sentido, Pacifico Entidad Prestadora de Salud no asume responsabilidad por cualquier monto que el Solicitante decida entregar o haya entregado al personal de Pacifico Entidad Prestadora de Salud a pesar de conocer esta prohibición.

10. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre	Código
EL MEJOR CORREDOR SAC	123455

Correo electrónico: elmejor@corredor.com.pe Teléfono: 999999999

11. DATOS DEL EJECUTIVO COMERCIAL EPS

Nombre	Código
EL MEJOR EJECUTIVO	123456

Correo electrónico: elmejorejecutivo@eps.com.pe Teléfono: 999999999

12. 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)

* Al firmar esta solicitud autorizo el envío del Plan de Salud de manera electrónica, envío de información por los medios pactados y la aceptación tácita por cambio de condiciones.
* En caso que el Titular por afiliar sea menor de edad, el contratante del Plan de Salud 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 S.A. Entidad Prestadora de Salud. RUC: 20431115825
Oficina principal: Torre Pacifico. Av. Juan de Arona 830, San Isidro. T (511) 518-4000

4/7

Pacifico EPS
Oficina Principal Torre Pacifico: Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú
Central de Información Consultas: (011) 513-5000 (Lima y provincias)
www.pacifico.com.pe

pacifico eps

movistar 4G 01:28 53%

Hecho

9. INFORMACIÓN SOBRE EL APORTE (MONTO DE PAGO)

Declaro que el monto del aporte más IVA a pagar me ha sido informado durante el proceso de venta, previo a la firma de esta solicitud; y declaro conocer que la misma información se encuentra a mi disposición en la página web de PACÍFICO (www.pacifico.com.pe).

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

La forma de pago acordada se aplicará a las posteriores vigencias del Plan de Salud, salvo modificación por parte del Contratante.
() El Solicitante deberá firmar la autorización para el débito automático que se anexa a esta solicitud.
En la fecha que se suscribe la presente Solicitud, el solicitante del Plan de Salud está de acuerdo con realizar un pago adelantado a Pacifico Entidad Prestadora de Salud del equivalente al aporte del Plan de Salud o a una cuota de él. Las partes declaran su conformidad a que dicho pago no implica la aprobación de la presente solicitud.

De aprobarse esta solicitud, las partes están de acuerdo en que dicho pago se imputará al aporte o a la primera cuota de ella, según la forma de pago acordada. De no aprobarse la solicitud, el pago efectuado será devuelto en el plazo máximo de siete (7) días hábiles, con los intereses legales que se generen hasta el momento de la devolución, según la tasa de interés que apruebe el BCRA. La devolución se efectuará en la misma cuenta bancaria que señaló el Solicitante y/o a cuyo cargo se efectuó el adelanto.

Declaro conocer que Pacifico Entidad Prestadora de Salud no autoriza a su personal a recibir suma de dinero alguna. En tal sentido, Pacifico Entidad Prestadora de Salud no asume responsabilidad por cualquier monto que el Solicitante decida entregar o haya entregado al personal de Pacifico Entidad Prestadora de Salud a pesar de conocer esta prohibición.

10. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre	Código
EL MEJOR CORREDOR SAC	123455

Correo electrónico: elmejor@corredor.com.pe Teléfono: 999999999

11. DATOS DEL EJECUTIVO COMERCIAL EPS

Nombre	Código
EL MEJOR EJECUTIVO	123456

Correo electrónico: elmejorejecutivo@eps.com.pe Teléfono: 999999999

12. 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)

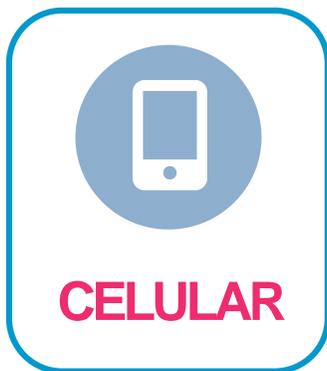
* Al firmar esta solicitud autorizo el envío del Plan de Salud de manera electrónica, envío de información por los medios pactados y la aceptación tácita por cambio de condiciones.
* En caso que el Titular por afiliar sea menor de edad, el contratante del Plan de Salud deberá ser el padre que ejerza 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 S.A. Entidad Prestadora de Salud. RUC: 20431115825
Oficina principal: Torre Pacifico. Av. Juan de Arona 830, San Isidro. T (511) 518-4000

4/7

Pacifico EPS
Oficina Principal Torre Pacifico: Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú
Central de Información Consultas: (011) 513-5000 (Lima y provincias)
www.pacifico.com.pe

pacifico eps



CELULAR



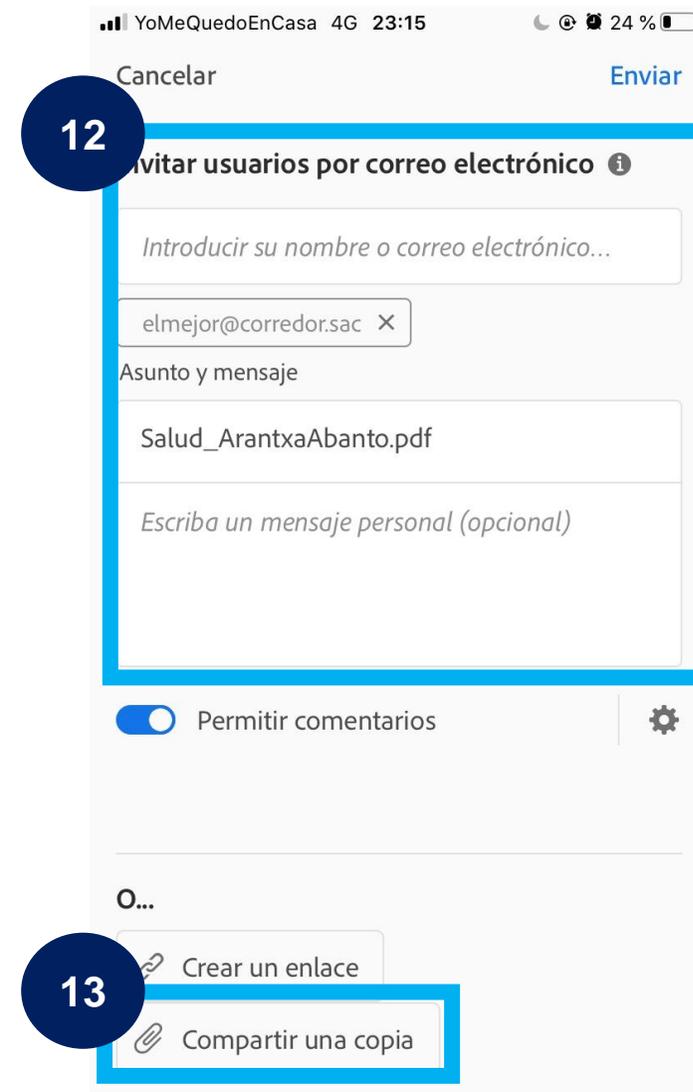
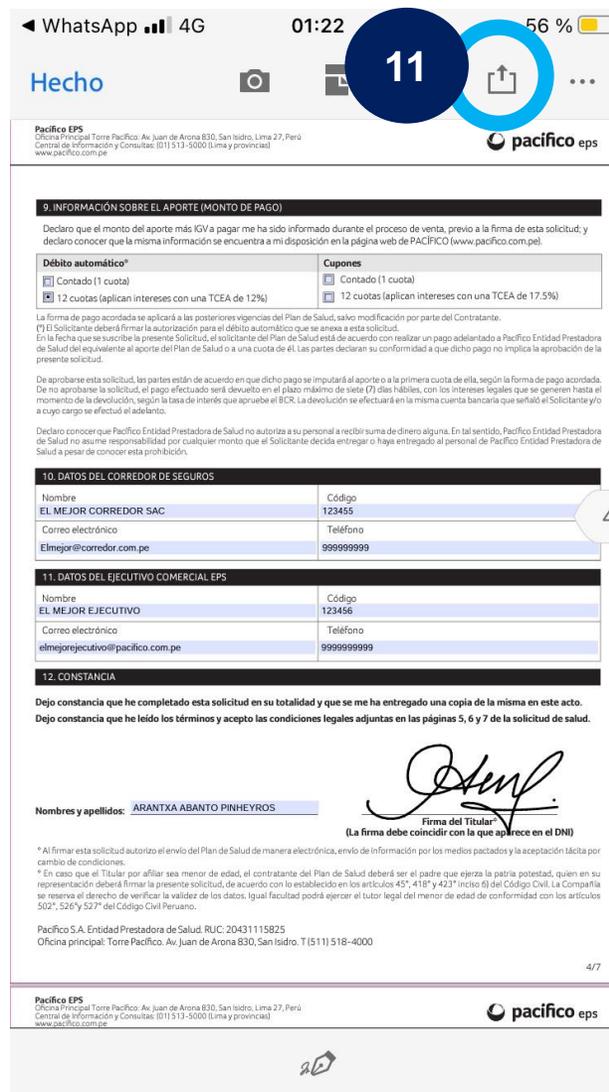
TABLET

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



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

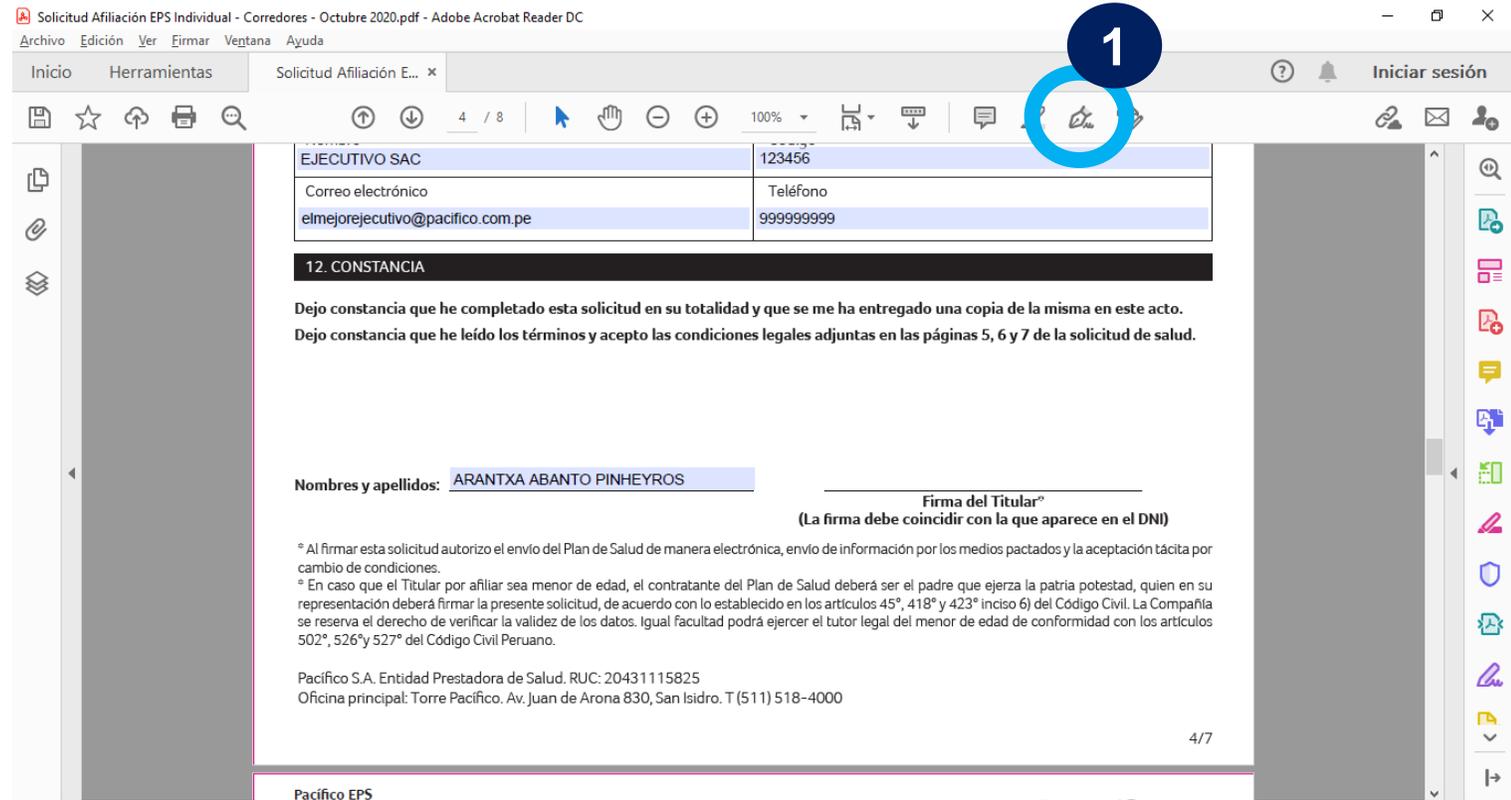




Abrir desde el Programa Adobe Acrobat Reader
(no desde el navegador)

Para firmar, debemos seguir los siguientes
pasos:

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



Solicitud Afiliación EPS Individual - Corredores - Octubre 2020.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Firmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Solicitud Afiliación E... x

EJECUTIVO SAC	123456
Correo electrónico	Teléfono
elmejorejecutivo@pacifico.com.pe	999999999

12. 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)

* Al firmar esta solicitud autorizo el envío del Plan de Salud de manera electrónica, envío de información por los medios pactados y la aceptación tácita por cambio de condiciones.
* En caso que el Titular por afiliar sea menor de edad, el contratante del Plan de Salud 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 S.A. Entidad Prestadora de Salud. RUC: 20431115825
Oficina principal: Torre Pacífico. Av. Juan de Arona 830, San Isidro. T (511) 518-4000

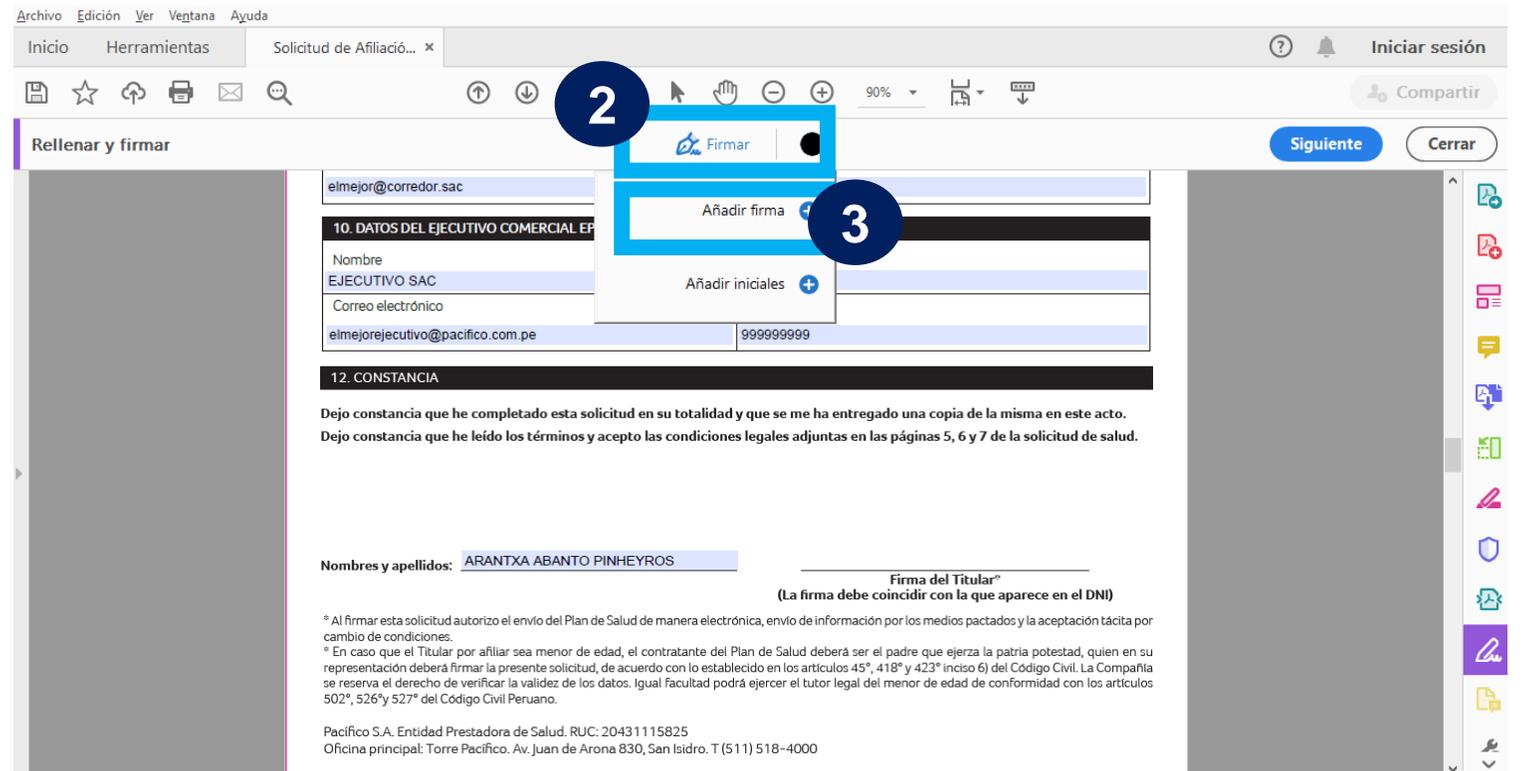
4/7

Pacífico EPS



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 Afiliació... x

Inicio sesión

Compartir

Rellenar y firmar

elmejor@corredor.sac

10. DATOS DEL EJECUTIVO COMERCIAL EF

Nombre

EJECUTIVO SAC

Correo electrónico

elmejorejecutivo@pacifico.com.pe 999999999

12. 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)

* Al firmar esta solicitud autorizo el envío del Plan de Salud de manera electrónica, envío de información por los medios pactados y la aceptación tácita por cambio de condiciones.
* En caso que el Titular por afiliar sea menor de edad, el contratante del Plan de Salud 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.

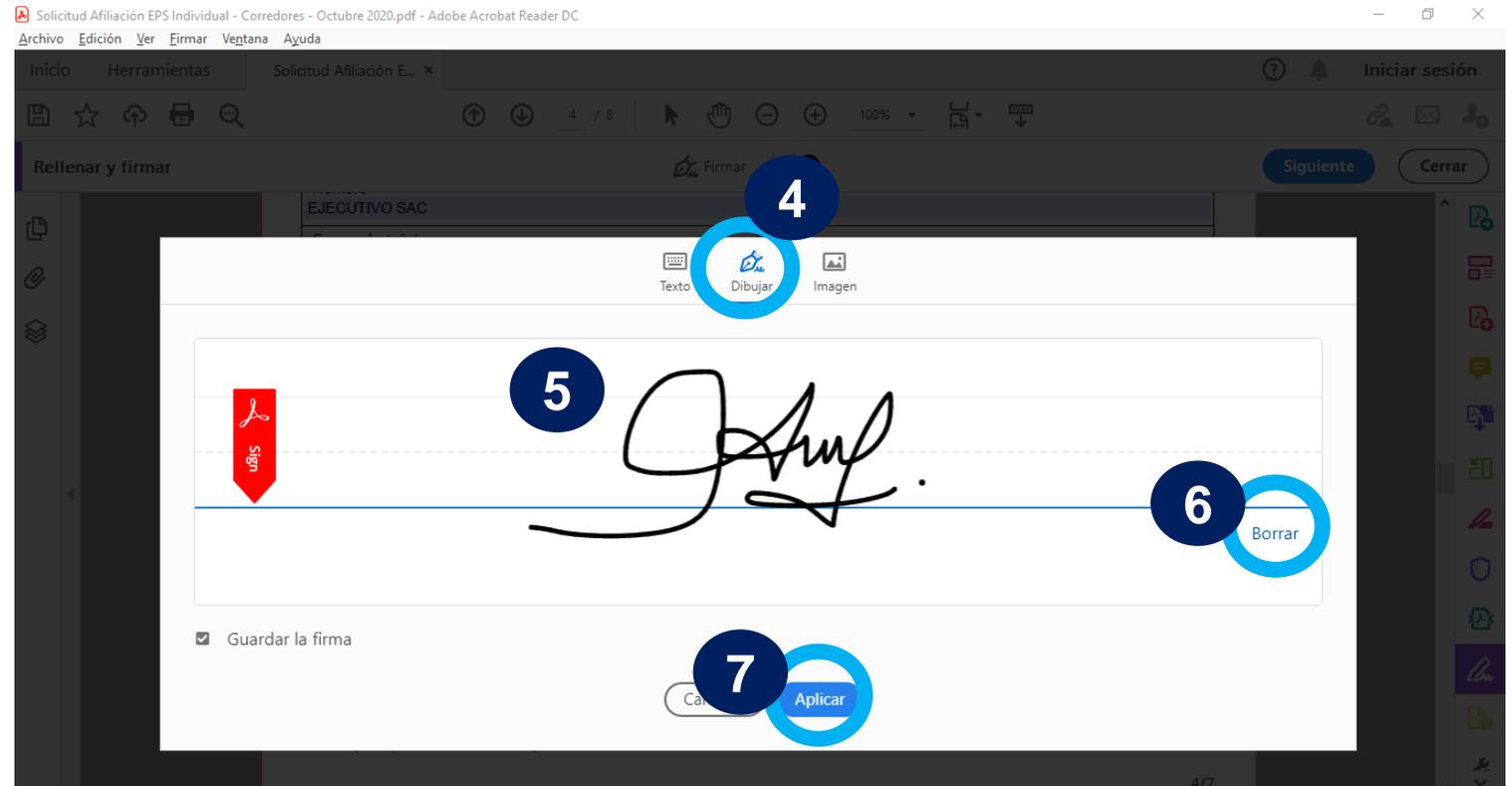
Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud. RUC: 20431115825
Oficina principal: Torre Pacífico. Av. Juan de Arona 830, San Isidro. T (511) 518-4000



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”

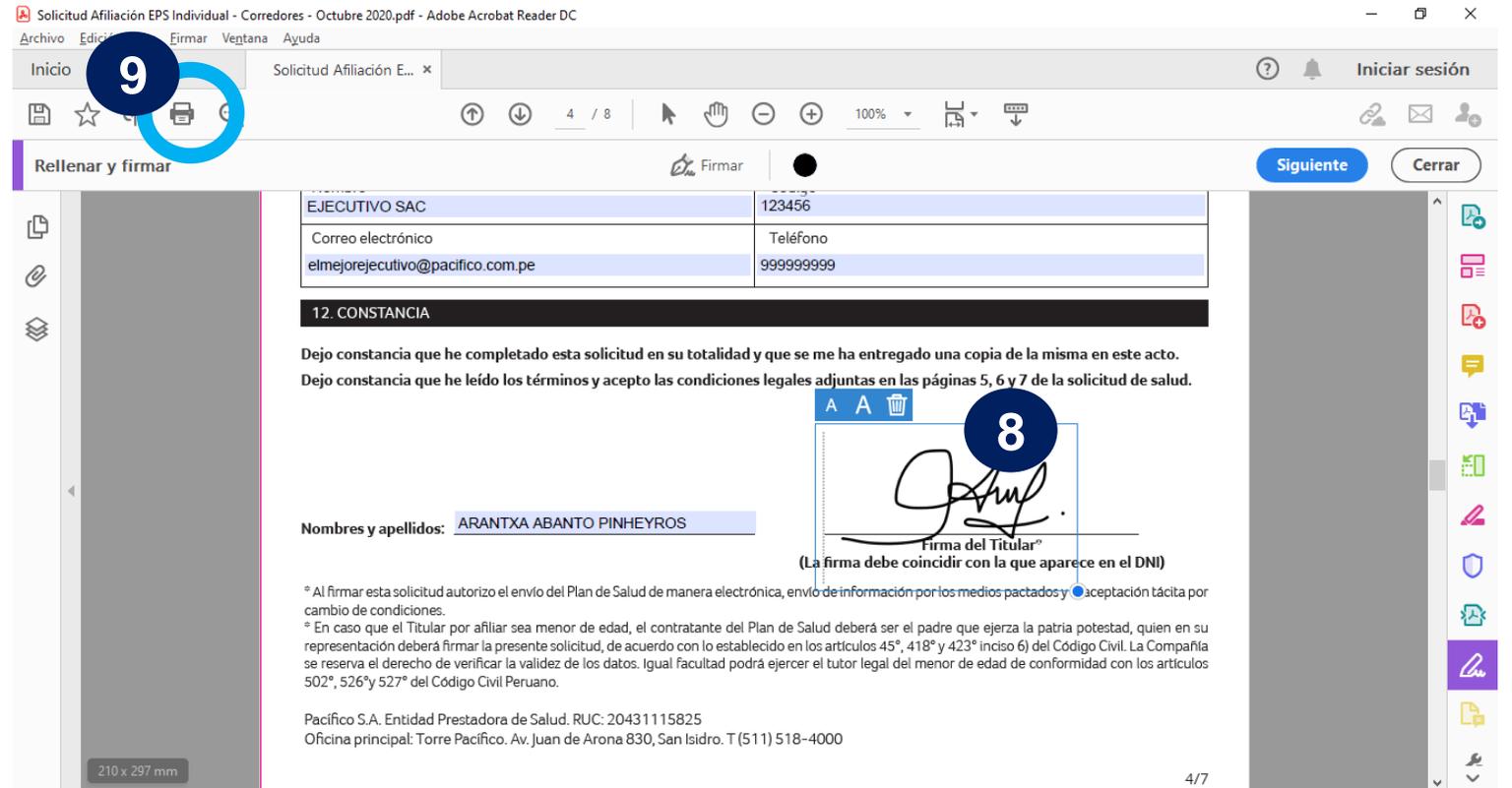
(*) Si el Titular es menor de edad, la firma será del padre, madre o apoderado legal.





Continuamos con los siguientes pasos:

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



Solicitud Afiliación EPS Individual - Corredores - Octubre 2020.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Inicio 9 Solicitud Afiliación E...

Rellenar y firmar Firmar

EJECUTIVO SAC	123456
Correo electrónico	Teléfono
elmejorejecutivo@pacifico.com.pe	999999999

12. 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)

* Al firmar esta solicitud autorizo el envío del Plan de Salud de manera electrónica, envío de información por los medios pactados y aceptación tácita por cambio de condiciones.
* En caso que el Titular por afiliar sea menor de edad, el contratante del Plan de Salud 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.

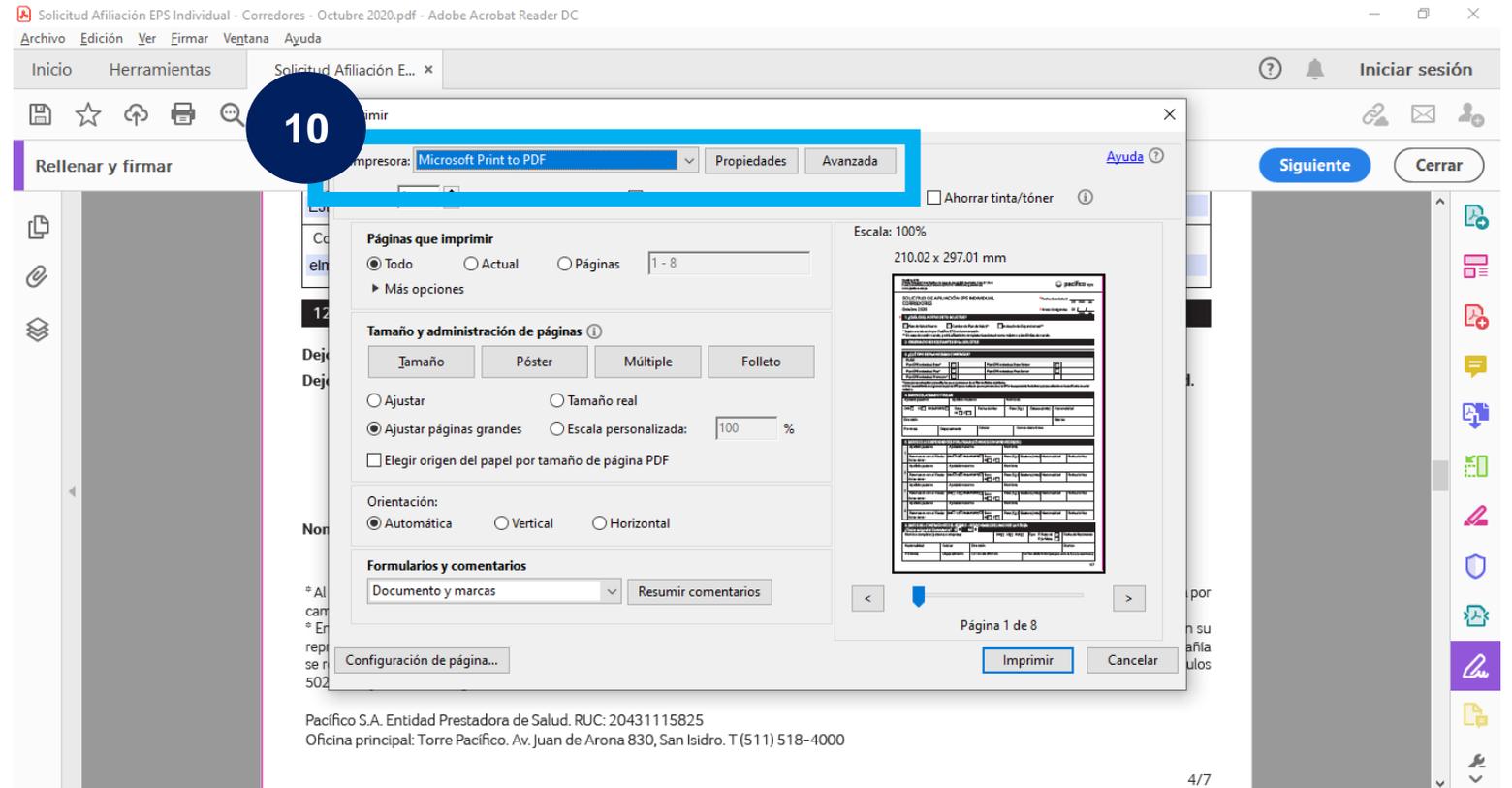
Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud. RUC: 20431115825
Oficina principal: Torre Pacífico. Av. Juan de Arona 830, San Isidro. T (511) 518-4000

4/7



Finalmente, terminamos con los siguientes pasos:

10. Seleccionar la impresora “Microsoft Print to PDF”
11. 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!



pacífico

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.

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. Asegúrate que todas estén completadas, de lo contrario la solicitud no podrá ser procesada y se tomará como no presentada. Por favor, asegúrate también de responder según el orden de Dependientes asignado en el cuadro de DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR ACCIÓN. Sigue adelante punto 8).

17. Declarar mediante el presente formulario los padecimientos con estas enfermedades o diagnósticos de salud:

18. Declarar mediante el presente formulario los padecimientos por Pacífico. Por favor, ten en cuenta que las enfermedades mencionadas son ejemplos y que pueden existir otras que no estén mencionadas en el presente formulario.

	Titular	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4
Sistema nervioso, sistema oído, audición y/o trastornos mentales.	<input type="checkbox"/>				
1. Por ejemplo: migraña, convulsiones, epilepsia, demencia cerebral, Parkinson, parálisis cerebral, hidrocefalia, cataratas, glaucoma, ceguera, hipoacusia, otitis, esquizofrenia, depresión.	<input type="checkbox"/>				
Aparato respiratorio.	<input type="checkbox"/>				
2. Por ejemplo: asma bronquial, bronquitis crónica, sinusitis, desviación de tabique nasal.	<input type="checkbox"/>				
Aparato cardiovascular y de la sangre.	<input type="checkbox"/>				
3. Por ejemplo: hipertensión arterial, anemia, soplo cardíaco, infarto cardíaco, enfermedad de las válvulas cardíacas, vértigo, trombosis, aneurisma, anemias, hemofilia, trastornos de la coagulación, trombofilia.	<input type="checkbox"/>				
Sistema endocrino, enfermedades ginecológicas y/o del aparato reproductivo.	<input type="checkbox"/>				
4. Por ejemplo: diabetes, enfermedad tiroidea, hiperplasia de la próstata, edema de hígado, quistes en ovarios, endometriosis, displasia de cervix, insuficiencia renal, ginecomastia, hiperplasia de	<input type="checkbox"/>				

- 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