

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:







Desde tu celular o tablet: Adobe Acrobat Reader for Docs









¡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 PDF, 688Kb
 - Manual de llenado de solicitud de seguro oncológico octubre 2020

cológico - octubre 2020

PDF, 2641Kb

Solicitud de afiliación EPS individual - octubre 2020 PDF, 642Kb





¡Indispensable abrir la solicitud en el Adobe Acrobat Reader!

Solic Archivo	itud A Edio	filiación l :ión Ve	EPS Individual - r Firmar Ver	Corredores - Octubre 2 Itana Ayuda	020.pdf - A	dobe Acrobat I	Reader DC															-	٥	×
Inici	D	Herra	mientas	Solicitud Afiliac	ión E ×															?	.	Inicia	ar se	sión
	☆	ጥ				1 / 8	•	Θ	\oplus	134%	6 🔻	₽ - 1	↓	F	Q	Ó.	Ð					Ĉ,	\bowtie	20
ß		Pa Of	acífico EPS	al Torre Pacífico: A	v. Juan d	e Arona 830), San Isidr	o, Lima 27,	, Perú	ſ	Lim	piar F	orm	ulario			0	pa	cifi	со	ens	:	^	0
Ø		W	ww.pacifico.	com.pe	.45. (01) .	713 3000 (E	ina y prov	(inclus)		(<u> </u>							P			opo			B
	Γ	S			1I ΙΔ(CIÓN F	PS IN	וסועוס	ΙΔΙ						*Fea	cha de	e solici	tud:						
		Č	ORRE	DORES					0/ 12	•							oonor		dd	mm	aa	-		Po
		0	ctubre 2	2020											*Ini	cio de	e vigen	cia:	01 /	mm	aa			Þ
		*	1.¿CUÁL	ES EL MOTIVO	DE TU	Solicitu	D?																	B
	•		🛛 Plan de	Salud Nuevo		Cambio	de Plan	de Salud	*		Inclusi	ón de E	Deper	ndiente	2S***									• 10
		* . ***	Sujeto a ev ' En caso d	valuación por P e recién nacido	acífico), podrá	EPS en la à afiliarlo s	renovaci in comp	ón. letar la se	olicitu	ıd con	no máxi	mo a lo	os 60	días de	e naci	do.								4
			2. OBSER	ACIONES REL	EVANT	ES EN LA	SOLICIT	UD																0
																								P
			3. ¿QUÉ T	IPO DE PLAN D	ESEAS	CONTRA	tar?																	
			PLAN																					Cre
			Plan EPS	Individual Base	*				Plan E	EPS In	dividua	l Base S	Senior	r										
			Plan EPS	Individual Plus [*]	•				Plan E	EPS In	dividua	l Plus S	enior											
			Plan EPS	Individual Pren	nium*																		~	17



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

Salud

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

	Pacifico EPS Oficins Principal Tome Pacifico: A Central de Información y Consult www.pacifico.com.pe	k juan de Arona 1330, San as: (01) 513-5000 juinay	Isláro, Lima 27, (provincias)	Perù	Limplar F	omulario		Q F	pacific
	SOLICITUD DE AF	ILIACIÓN EPS	INDIVID	UAL			Fecha de	solicitur	t dd mm aa
	ctubre 2020					2	nicio de 1	vigencia	: 01 //
3	¿CUÁL ES EL MOTIVO I	DE TU SOLICITUD?							
	Plan de Salud Nuevo	Cambio de F	1an de Salud	• 🔲 •	nclusión de D	Pependientes	**		
	* Sujeto a evaluación por P	acifico EPS en la reno	vación.	h					
4	OBSERVACIONES RELI	EVANTES EN LA SOU	ICITUD	slicitud come	o maximo a lo	os 60 días de r	1803 00.		
	3. ¿QUÉTIPO DE PLAN D	ESEAS CONTRATAR	?						
	PLAN								
	Plan EPS Individual Base			Plan EPS Ind	ividual Base S	Senior			
D	an EPS Individual Plus*			Plan EPS Ind	Midual Plus S	enior			
	* Estos planes solo aplican para al NOTA: La edad Imite de ingreso	flados que no provienen : a los planes EPS para un al	de un Plan de Pa Altado que no pr	atres o jubilador oviene de una l	s. EPSohasuperak	dola fecha Umita	perasuafita	ción es ha	nta 65 años de edad
	4. DATOS DEL AFILIADO	TITULAR							
	Apellido paterno	Apellido ma	terno		Nombres				
6	I CE FASAPO	RTE Sexo M F	Fecha	de Nac.	Peso (Kg) Estatur	n (mts.) I	Naciona	lided
	Arección						1	Distrito	
	Provincia	Departamento	Celule	ar .	Con	reo electrónia			
	5. DATOS DE LOS DEPEN	DIENTES POR AFILIA	R (CÓNYUGE	E/CONVIVIE)	NTE/HJOS)				
	Apellido paterno	Apellido mate	mo		Nombres				
	Parentesco con el Titu	lar DNICCE PAS	APORTED Se	810 E	Peso (Kg.) E	statura (mts.)	Nacionali	dad	Fecha de Nac.
	Apellido paterno	Apellido mate	rno		Nombres				
	2 Perentesco con el Titu	lar DMIT CELLBAS	POPTETT C.		Peec (Ka) F	obalt era fente h	Macionali	dad	Eacha da Nac
	Seleccionar	-	M	F	, ege (+3), F	984914 4 (1113-)	- aucros aus		Technice File
	Apellido paterno	Apellido mate	rno		Nombres				
	3 Parentesco con el Tita Seleccionar	dar DNI⊡CE⊡ PAS4	PORTE Se	₩0 □ F □	Peso (Kg.) E	statura (mts.)	Nacionali	dad	Fecha de Nac
	Apellido paterno	Apellido mate	rno		Nombres				
	4 Parentesco con el Tita Seleccionar	ar DNICCE PASA	PORTE Se	F	Peso (Kg.) E	statura (mts.)	Nacionali	dad	Fecha de Nac
	6. DATOS DEL CONTRATA	ANTE DEL SEGURO -	RESPONSA	BLE DEL PAG	O DE LA PÓL	LIZA			
8	Titular es Igual al Contr mbre completo (perso	atante? Sí 🛄 🕴	NO 🔛	DNI	CEII RUCI	Tipo P.	Natural	Fi	icha de Nacimiento
	Nacionalidad	Celular	Dirección					D	istrito
	Provincia	Departamento	Correo elec	strónico		Correo electr	ómico (solo)	para envio	de facturas electrónicas)

Profiles DES
Provide Tame Profiles Are Jean de Assett 320. San Midles, Line 27. Ped
Central de información y Consellars (D1) 513-5000 Lines y provincias)
www.pacifica.com.pa

7. DECLARACIÓN JURADA DESALUD (DEBESER LLENADA POI
Sirveta responder cada um de las pregunitas indicadas a contin
que todas seño completa.ce de lo contrario la solicitad no pod
Por ASEGURAR (pégina anterior, punto 5).

Østerostes desarrende indeadrácio/databarian para terostes

C pacífico ep:	0	pacífico	eps
----------------	---	----------	-----

7.	r. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (DEBE SER LLENADA POR EL ASEGURADO TITULAR)											
51 0 0 0 0	rvete responder cada una de les preguntas indicadas a continuación ar todas estén completas, de lo contrario la solicitud no podrá ser pr pr favor, asegúnite también de responder según el orden de Dependi DR ASEGURAR (página arberior, punto S).	marca ocesax entres	indo u Ja y se ssigna	na "X" toma do en	en el ra rá com el cund	onop Irode I	o corre resent DATOS	espone ada. DE LO	diente 5 DEPI	Asegi ENDIĐ	a NTES	9
	g ^p resentas o has presentado padecimientos relacionados con estas enfermedades o diagnósticos de salus?	та	Titular		Dependiente 1		Dependiente		Dependiante		çlierke	
Re-	Declarar inclusive si el antocrotente fue financiado por Pacífico. Por favor, ten en cuenta que las enfermedades mencionadas son ejemplos y que pueden existir otras que te han sido diagnosticadas y que deben ser declaradas.	গ	No	si	No	si	No	ផ	No	s	No	
1	Sistema nervioso, sistema ocular, auditivo y/o trastornos menteles. Porejemplo: migrafia, convulsiones, epilepsia, derrame cerebral, párismon, pasitisis cerebral, hidrocefiai, catantas, daucorna,											
2	pterigión, hipoacusia, obits, esquizofrenia, depresión. Aparato respiratorio. Por ejemplo: asma bronquial, bronquitis crónica, sinusitis, desviación de tabisua nesal.											
3	Agarato cardiovisculary de la sangre. Por ejemplo hipertensión naterial, embria, angina, sopio cardisco, infanto cardisco, enfermedad de las valvales cardiaces, vérices, trombosis, aneurisma, mennias, hemofilia, descridenes de la cogulación trembofilia.											
4	Sistema endocrino, enflermedades ginecológicas y/o del apanto genitourinario. Pro ejempio diabetes, enformedad tiroidas, hiperprolactinemia, adenorma de hipófisis, quietes en memes u ovarios, endometricois, displasita de colviu, insuficiencia renal, giomenulonefittis, hiperplesia de prototas, produtito, celocia universi.											
5	Aparato digestivo y pared abdominal. Porejemplo: gashitis, ilicera, hernia hiatal, cirrosis hepética, célculos en la vesicula, pancreatitis.											
6	Enfermedades de la piel y/o enfermedades infecciosas crónicas. Por ejemplo: rosócea, psoriasis, vibligo, dermabilis alérgica, hepatitis, meningitis, tuberculosis, VIH/sida.											
7	Sistema osteomusculary/o enfermedades reumatológicas. Por ejemplo: artrosis, enfermedades de los meniocos, hemies u otras lesiones de ocumna vertebral, escolicois, gota, artritis reumatoide, lupus entermatoso.											
8	Enfermedades oncológicas y/o tumores. Porejemplo: cáncer de cualquier órgano o tejido del cuerpo, pólipos, miorna uterino, nódulos tiroídeos, verrugas genitales											
9	Enfermediades congénitas o hereditarias. Porejemplo: cardiopatia, riñón poliquístico, luxación congénita de cadera.											
10	/Alguna de las personas por segurar haterido sigún antecedentemédico lenformetad - lessón - dolercia - hospitulización y ocinagió que no esté incluido emáguna pegunta de las del subistud y/oraciba elgún medicamento actualmente los harecidos en los ditimos 12 meses, inclusive si este antecedente frue financiado por Pacífico?											
11	¿Te encuentras en estado de gestación?											

2/7



Proceso de llenado de solicitud

Llenar las siguientes secciones: 10 Continuidad de Preexistencias 11. Tipo de fraccionamiento 12. Datos del Corredor 13. Datos del Ejecutivo Comercial EPS 14. Constancia y firma del **Titular (*)**

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

forre Pacifico: As juan de Arona (330, San Isidro, Lima 27, Perú ación y Consultas: (01) 513-5000 (Lima y provincias)

O pacifico eps

Oficina Principal Tome Pacifico: As juan de Asona 030, San Isldro, Lima 27, Perú Central de Información y Consultar: (01) 513-5000 (Lima y provinciad

O pacífico eps

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DEL PUNTO ANTERIOR FUE AFIRMATIVA (A EXCEPCIÓN DE LA PREGUNTA 11), COMPLETA ES	5TE
CUADRO:	

N ^o dela pregunta afirmativa	Nombre completo	Enfermedad o dolencia	Clínica o centro médico donde se atendió	Fecha de diagnóstico (mm/aaaa)	Estado de salud actual*
					Seleccionar 🗾
					Seleccionar 💌
					Seleccionar 🗾
					Seleccionar 🗾
					Seleccionar 💌
					Seleccionar 👤
					Seleccionar 👤
					Seleccionar 👤

* Indicensi está curado o en tratamiento

INTINUIDAD DE PREEXISTENCIAS

10 aluar la exoneración de los periodos de carencia y espera gozando del beneficio de continuidad de preexistencias, será nsable presentar la siguiente documentación:

péra del Plan de Salud anterior donde se indiquen a todas las personas aseguradas. Constancia del Plan de Salud anterior (incluir fecha de inicio y fin de vigencia). Relación de simistros del Flan de Salud anteriorio, es decir, la relación de todas las atenciones médicas que tú y tus Dependientes tuvieron desde el inicio hasta el fin de la vigencia de la Póliza y/o Plan de Salud anterior.

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

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

Manches de la services	Fecha de	vigencia	Nambra da la Compañía Jacouradora a 50		
Nombre de la persona	Desde	Hasta	Nombre de la Compania Aseguradora o br5		

IMPORTANTE: Para gozar del beneficio de continuidad de preexistencias debes haber solicitado el seguro considerando el siguiente plazo:

- Hasta 60 días posteriores de haber terminado la cobertura de Pacífico EPS o de otra EPS. Además, de afiliarte dentro de los plazos establecidos, debes de haber estado en la EPS anterior mínimo tres meses.

ORMACIÓN SOBRE EL APORTE (MONTO DE PAGO)

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

lo automático*	Cupones
Contado (1 cuota)	Contado (1 cuota)
12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)

La Soma de pago acordada se aplicanta a las posteriores rigencias del Plan de Salud, solvo modificación por parte del Contratante. (*) El Solicitante deberá firmaria autorización para el debito aconteños que se anexa e sta solicitut. En la Solta que asuarthe la presente Solicitut, el solucitante del Plance Salud está de cuardo con realizar un pago adelantado a Pacífico Entidad Prestadore de Salud del eguivalente al aporte del Plan de Salud o a una cuota de el. Las partes declaran su conformidad a que dicho pago no implica la aprobación de la presente solicitud

De aprobanse esta solicituid, las partes están de acuerdo en que dicho pago se imputaná al aporte o a la primera cuota de ella, según la forma de pago acordada. De no aprobanse la solicituid, el pago efectuado sená devuelto en el plazo máximo de state (7) días habítes, con los intereses legales que se generen hasta el momento de la devolución, según la tasa de interés que apruebe el BCR. La devolución se efectuant en la misma cuenta bancaria que señaló el Solicitante y/o a cupo cargo se efectuó el adelanto

Declaro conocerque Pacifico Entidad Prestadora de Saludino autoriza a su personal a recibir suma de dinero alguna. En tal sentido, Pacifico Entidad Prestadora Salud no asume responsabilidad por cualquier monto que el Solicitante decida entregar o haya entregado al pensonal de Pacífico Entidad Prestadora d esarde concoeresta prohibición.

12	OS DEL CORREDOR DE SEGUROS								
		Código							
Соте	o electrónico	Teléfono							

11. DATOS DEL EJECUTIVO COMERCIAL EPS

	*	Código
13	lectrónico	Teléfono

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 leido los términos y acepto las condiciones legales adjuntas en las páginas 5, 6 y 7 de la solicitud de salud.

14

Firma del Titular^o (La firma debe coincidir con la que aparece en el DNI

* Al firma resta 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 debení ser el padre que elerca la patria potestad, quien en su representación deberá firmar la presente solicitud, de acuerdo con lo establecido en los artículos 45°, 418° y 423° trictso 61 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 Pacífico. Ax Juan de Arona 830, San Isidro. T (511) 518-4000

O pacifico



Proceso de llenado de solicitud

15. Declaraciones del Afiliado16. Información legal importante

Pacifico EPS Oficina Principal Tome Pacifico: Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú Central de Información y Consultar: (D1) 513–5000 (Lima y provinciae)

DECLARACIONES DEL AFILIADO

15

aro que

el contrato.

-Ley General de Salud.

exclusión del Plan de Salud.

🔾 pacif

1. Conozco que las omisiones w/o imprecisiones respecto al lienado 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 lienado de la presente

3. Conceco 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

Realizar un llenado incompleto o parcial de la Declaración jurada de Salud, con reserva o silencio de elementos fundamentales para el

No reveiar datos o información contenida en la(s) historia(s) clínica(s) del Solicitante o Dependientes a afiliar solicitada por PACIFICO

4. Conozco que tengo la obligación de notificar por escrito a PACIRCO EPS, en el contrato, los hechos o circunstancias que agraven el riesgo

 Conozco que tengo la obligación de informar a PACIFICO EPS sobre cualquier evento o circunstancia que directa o indirectamente pueda ser pertinente para corregir, actualizar v/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

6. Conozco que estoy facultado para plantear ante PACIFICO EPS todas las consultas y/o dudas que pueda tener respecto del contenido de

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

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

para corregir, actualizar y/o complementar las declaraciones realizadas de mi estado de salud o de mis Dependientes.

y conozco también que esta obligación se extiende durante la vigencia del Contrato de Plan de Salud; y, asimismo, en las vigencias de

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

conocimiento exacto de mi situación de salud o la de mis DEPENDIENTES inscritos. No aplica cuando las circunstancias omitidas lueron

contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o declaración jurada de salud y PACÍRCO EPS igualmente celebró

respondida en el cuestionario o declaración jurada de salud y PACÍFICO EPS igualmente celebró el contrato.

salud o la de mis Dependientes inscritos. No aplica cuando las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no

solicitud de preguntas respondidas, genera la nulidad del Contrato del Plan de Salud.

planes de salud que se negocien sucesiva e ininterrumpidamente.

la Declaración jurada de Salud que consta en el presente documento.

otorgarme la continuidad de la cobertura correspondiente.

pacifico eps

Oficina Principal Tome Pacifico: Ak Juan de Arona 830, San Isión, Lima 27, Penú Central de Información y Consultas: (D1) 513-5000 (Lima y provincias) www.pacifico.com.pe pacifico eps

16 JE de la solicitud del Plan de Salud

entregará la propuesta de Plan de Salud al Solicitante Titular y/o Contratante dentro del plazo de 15 días calendario de colo la solicitud, el es que no es rechazada. No obstante, cuando consesponda, PACIFICO EPS se obliga a comunicar el rechazo de la solicitud el laso del 15 días calendario de recibida, salvo que PACIFICO EPS hay nequerido información adicional y/u otros nequerimientos adicionales, necesarios para la evaluación del riesgo, dentro del referido plazo. En este caso, el plazo para realizados por PACIFICO EPS. En el supuesto que el Contratante y/o Afiliado no complete la información solicitada por PACIFICO EPS y/o no cumpita con los nequerimientos que PACIFICO EPS hay nealizado, se considerará nechazada la solicitud. El Contratante y/o Afiliado podrá presentar una nueva solicitud.

2. Medios de comunicación pactados: escritos (correo electrónico) y telefónicas

Autorito a FACIFICO EFS, a que en el caso de aprobar la presente solicitud, puede enviar visilidamente cualquier comunicación y/n notificación vinculada con este Plan de Salud durante su vigencia por cualquiera de los medios de comunicación arriba indicados, precisindos que las comunicaciones por teléfono se realizarán únicamente en aquellos casos en que la comunicación exista no sea requerida de forma específica, conforme al marco normativo vigente. Declaro, logualmente, concerr y estar de acuerdo con que las comunicaciones y/o notificaciones que sean dirigidas a mi corneo electrónicos sutritin electos y las considerante recluidas en 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 cicho medio.

3. Declaración jurada del Solicitante Titular y Dependientes por afiliar

Declaro que yo y/o mis Dependientes no hemos o mitido informar sobre alguna enfermedad o doinnati en la declaración de salud y que las respuestas proporcionadas en la solicitud, sal como en la declaración jurada de salud, son veridicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad, hecha con doio o cuipa inecucasible, hace nulo el contrato del Plan de Salud y PAC/FICO EFS tenditá derecho, a título indemnizatorio, a los aportes acordados para el primer año de duración del contrato. Las declaraciones anteriores son veridaderas y esenciales para la detarminación del aporte, la cobertura y la decisión de PAC/FICO EFS para asegurar el riesgo analizado, en tal sentido como Solicitante suscribo la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada Asimismo, declaro conoer que la totalidad de la información que PAC/FICO EFS puede llegar a conocer sobre mi estado de salud y de mis Dependientes líncuyendo lo releinto a prexeistencias], consiste en y se dicruscimente e:

I. Las declaraciones brindadas por EL AFILIADO en la Declaración jurada de Salud y la solicitud del Plan de Salud.
IL La Información complementaria que pueda ser reguerida por PACIFICO EPS y/o presentada en los plazos establecidos para cada

III. La base de datos interna de PACÍFICO EPS.

De conformidad con el atticulo 25 Inciso al de la Lay General de Salud N°26642, el Solicitante preseta su consectimiento para que cualquier establecimiento de salud sea público, privado o mieto, sal como médicos tratantes proporcionen e PACIFICO EPS en el momento en que ésta deba evaluar la procedencia de una solicituad de cobertura en caso de siniestro, cualquier información del acto médica, relacionado a su atención o la de sus Dependientes, testes como historia dinica, certificado e informas, dispensándolos de la reserva de información. Sin perjuicio de lo expuesto el Solicitante reconces que las cínicas o médicos tratantes están escuentado la reserva de información. Sin perjuicio de lo expuesto el Solicitante reconces que las cínicas o médicos tratantes están escuentados la reserva de información. Por lo que estos podrán brindar a PACIFICO EPS toda la información relacionado con el acto médico Solicitante, seguenta de esta de evaluación del estado de salud, declaración jurada y antecedentes médicos del Solicitante, según de Solicitante, según lo declarado por el Solicitante, según lo declarado por el Solicitante, según los declarados por esta mil comentimiento antes de la emisión del Plan de Salud. Es requisito imprescindibie que el Alliado-Titular, así como sus Dependientes sean personas residentes en el Perú al momento de la contratación del Plan de Salud.

4. Autorización para envio de planes de salud electrónicos

Declaro expresamente y de manera previa que estoy de acuerdo con que PACIFICO EPS me envie por medio electrónico el Plan de Salud que he contratado, los endosos y las renovaciones l'uturas, y que:

He sido informado por PACIFICO EPS de la forma de envío del Plan de Salud por el medio electrónico pactado y el procedimiento que se seguifa, con las ventajas y los posibles rilesgos asociados, y asimismo he tomado conocimiento de las medidas de seguifad que me corresponde aplicar. La forma de envío del Plan de Salud serta a mi correo 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 PACIFICO EPS cuando mibandeja de entrada recibe el correo electrónico con el Plan de Salud, salvo que se demuestre que medió erro 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 PACIFICO EPS.

5. Aceptación tácita – cambio de condiciones

De aprobarse esta solicitud y emitirse el Plan de Salud, PACIFICO 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.

5/7



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**

Pacifico EPS Oficina Principal Tome Pacifico: Au Juan de Anna 830, San Islóm, Lima 27, Perú Central de Información y Consultas (D1) 513–5000 (Lima y provincias) www.gacifico.com.pe

iro, Lima 27, Perú vincias)

El CONTRATANTE tendrá treinta días (30) previos al vencimiento del contrato para expresar su rechazo. Se considerará que existe aceptación tácita a la propuesta de cambio si, vencido el plazo anteriormente señalado, el CONTRATANTE no expresó su rechazo pero arrocede a pagar el aporte o a firmar el Convenio de Pago obligándose a pagaría o a aceptar el cargo en cuenta o en su tarjeta de crédito (bito, según se haya establecido en el Convenio de Pago.

cción de datos personales

correcta ejección de la relación contractual, EL CONTRATANTE / ASEGURADO ("EL CLIENTE") se obliga a mantener actualizada imación personal, financiera y crediticia ("LA INFORMACIÓN") y reconoce que PACIFICO EPS podrá trataría, actualizaría, setaría y realizar filujos transfionteritos conforme a ley.

PACIFICO EPS conservará, tratará y realizará flujos transfronterizos con LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE mientizas se mantanga la relación contractual y luego de verinte (20) años de finalizado el contrato. Para el tratamiento de LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE, PACIFICO EPS tullizará devenso Encargados ubicados en el Perd y el extranjen, los cuales en han puesto a disposición del EL CLIENTE y también se encuentran detallados en hittps://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 PACIFICO EPS, ubicada en juan de Arona 830, San Isidro, Lima -Parú.

EL CLENTE puede ejeroar los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición, dirigiándose a PACIPICO EPS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el honario establecido para la atención al público o por teléfono o a través del Chat utoicado en nuestra página web wewpcafica.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 devueita como incompleta.



E Dortschnie deelen onnoore van een geschelde brinde ei ofdigoe seguridet/CON on opis de newes deux tajeta, mit al evolution mensoo up Padiho 10% no een regeneratie en van Bage kan ontingen. Ein de setta problikelike of al van een de seta de seta de seta padie al van een de seta de set

Para la conveta descuido de la missión contentual, EL CONTRATET / ACEGLISIOO (°EL CLENTET) se obliga a rantemas estudiade su información personal, handras y or delas (°ELA NOTOMACIÓNT) y reconcer a per RECHECO DE Socialmentaria, completariaria, completariaria, presidente a las RECHECO DE conservas, instanta y maltanti Rejas taménetarias con LA RECENDEN de EL CLENTET, Recheco DE valitanta de mano Transpalan relación contractual y largo de vienta DO) años de finalizado al contanto. Para el tratamiento de LA RECENDENCIÓN de EL CLENTET, Recheco DE valitanta de mano Transpalan relación contractual y largo de vienta a tratagino, incontanto, Para el tratamiento de LA RECENDENCIÓN de EL CLENTET, Recheco DE valitanta de mano partema que encuentaria de las finanzados nan a lacitada el astroción de de de la CLENTET, parteitar se encuentaria instantada en hego de vienta Se información nan la decisión de el MENCO DE las de las de las cuentarias entrates de las finanzados de las partes de las partes de las secondas de la finanzado entrates de las partes de las secondas de las finanzados entrates de las finanzados entrates de las partes de vientas Se información nan las cuentas en el banco de decor de liturates que se encuentaria instanda artes la Accentidad de Protectelos de Datas Parecualas de partes de las suas de Artes antidas partes de finalmentes de las partes de las partes de Artes antidados en financias de las partes de las p

B.C.LDMT panda element in detendent de sonos, reseficación, conscisación, revocación, de jejendante ANCEPTO DE tendent de sonos reseficación, conscisación, revocación de service de D.C.LDMT de elementaria de la constante de la constant

7/7

D pacífico eps





¿Cómo firma el cliente la Solicitud desde el?







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 "Rellenary firmar"

WhatsApp	o 📲 4G	01	1:19		56 %
<		() I	Ŀ	Q	(†)
Pacífico EPS Dítcina Principal Torre Pacifi Dentral de Información y Cor www.pacifico.com pe	co: Av. Juan de Arona 830, S nsultas: (01) 513-5000 (Lim	an Isidro, Lima 27, Perú a y provincias)	Limpiar	Formulario	C pacifico
SOLICITUD DE	AFILIACIÓN EP	5 INDIVIDUAL		*Fecha	a de solicitud: dd mm
Octubre 2020				* Inicio	o de vigencia: 01 /mm
1. ¿CUÁL ES EL MOTI	VO DE TU SOLICITUD				
Plan de Salud Nuev	vo 🔲 Cambio d	e Plan de Salud®	🔲 Inclusión de	e Dependientes∞	
⁵⁰ En caso de recién na	cido, podrá afiliarlo sin	completar la solicituo	i como máximo a	los 60 días de nacido	
2. OBSERVACIONES F	RELEVANTES EN LA SC	LICITUD			
3. ¿QUÉ TIPO DE PLA	N DESEAS CONTRATA	R?			
PLAN Dise EDC individual R	anat 🗖	Dian El	DC Individual Page	Conier	
Plan EPS Individual B	lus*	Plan El	PS Individual Plus	Senior	
Plan EPS Individual P	remium ^o				
' Estos planes solo aplican pa NOTA: La edad límite de ingri	ara afiliados que no proviene reso a los planes EPS para ur	n de un Plan de Padres o Ji i afiliado que no proviene i	ubilados. Se una EPS o ha super	rado la fecha límite para su	afiliación es hasta 65 años de i
4. DATOS DEL AFILIA	DO TITULAR				
Apellido paterno	Apellido n	naterno	Nombres		
DNI CE PASA	PORTE Sexo	Fecha de Na	c. Peso (K	g.) Estatura (mts.) Nacionalidad
Dirección					Distrito
Provincia	Departamento	Celular	Co	orreo electrónico	
5. DATOS DE LOS DEP	PENDIENTES POR AFIL	IAR (CÓNYUGE/CON	VIVIENTE/HIJOS)	
1			Deer (Ke)	Potentine (on text) Alexand	
Seleccionar	Titular DNIL CEL P	SAPORTEL Sexo	Peso (kg.)	Estatura (mts.) Nacio	nalidad Fecha de Na
Apellido paterno	Apellido ma	terno	Nombres		
2 Parentesco con el	Titular DNI CE PA	SAPORTE Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (mts.) Nacio	onalidad Fecha de Na
Apellido paterno	Apellido ma	terno	Nombres		
3 Parentesco con el	Titular DNIC CE PA	SAPORTE Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (mts.) Nacio	onalidad Fecha de Na
Seleccionar	▼ Accillula ==	M 🗖 F			
4	Apeliido ma	cento	Nombres		
Parentesco con el Seleccionar	Titular DNIC CE PA	SAPORTE Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (mts.) Nacio	onalidad Fecha de Na
6. DATOS DEL CONTR	RATANTE DEL SEGURO	- RESPONSABLE DE	L PAGO DE LA PO	ÓLIZA	
¿Titular es igual al Co	ontratante? Sí 🔲	NO 🔲		Tipo P Natur	al 🗐 Fecha de Nacir
rionible complete (p	ersona o empresay		DINE COLL NO	P. Jurídio	ca 📋
Nacionalidad	Celular	Dirección			Distrito
	Departamento	Correo electrónic	0	Correo electrónico	ísolo para envío de facem
Provincia					
Provincia					
Provincia					
Provincia *acífico EPS Jicina Principal Torre Pacífic Intra de Información v Co	co: Au, Juan de Arona 830, 5 nsultas: (01) 513-5000 (Lim	an Isidro, Lima 27, Perú a y provincias)			0
Provincia Pacifico EPS Dicina Principal Torre Pacific certral de información y Cor www.pacifico.com pe	co: Av. Juan de Arona 830, 5 sultas: (01) 513-5000 (Lim	an Isidro, Lima 27, Perú a y provincias)			•









Continuamos con los siguientes pasos:

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

WhatsApp	•••• 4G	0	1:19				56 % 🦲
Hecho		0	Ľ		Q	[[†]]
Yacífico EPS Dícina Principal Torre Pacífico Central de Información y Cons www.pacífico.com.pe	:: Av. juan de Arona 830, Sa ultas: (01) 513-5000 (Lima	n Isidro, Lima 27, Perú y provincias]	Limp	iar Forn	nulario	0	pacífico
SOLICITUD DE A	FILIACIÓN EPS	INDIVIDUAI	<u>.</u>		*Fecha c	le solicit	ud:
CORREDORES					*Inicio d	e vigeno	:ia: 01 //
1. ¿CUÁL ES EL MOTIV	O DE TU SOLICITUD?					03. 	mm a
🔲 Plan de Salud Nuevo	Cambio de	Plan de Salud®	🔲 Inclusió	n de Depe	ndientes**		
' Sujeto a evaluación por ** En caso de recién naci	Pacífico EPS en la ren do, podrá afiliarlo sin c	ovación. completar la solicit	ud como máxir	no a los 60) días de nacido.		
2. OBSERVACIONES RE	LEVANTES EN LA SOI	LICITUD					
	DESEAS CONTRATAR	22					
PLAN	OLUCAD CONTRATAR					_	
Plan EPS Individual Ba	se*	Plan	EPS Individual	Base Senio	n		
Plan EPS Individual Plu Plan EPS Individual Pre	s"	Plan	EPS Individual	Plus Senio	r		
Estos planes solo aplican para	a filiados que no provienen	de un Plan de Padres i	o jubilados.				
VOTA: La edad limite de ingre nclusive.	so a los planes EPS para un a	ahliado que no provien	e de una EPS o ha	superado la	echa limite para su ah	illación es	hasta 65 años de edad
4. DATOS DEL AFILIAD Apellido paterno	O TITULAR Apellido ma	aterno	Nom	ores			
	ORTEFT Sexo	Fecha de N	lac Per	o (Ka.)	Estatura (mts.)	Nacio	bebiler
	M F					Thereiter	initial initia
Dirección						Distrit	0
Provincia	Departamento	Celular		Correo	electrónico		
	NDIENTEE DOD AEII I			105.)			
Apellido paterno	Apellido mate	erno	Nombr	es			
1 Parentesco con el T	itular DNI CE PAS	SAPORTE Sexo	Peso (k	g.) Estati	ira (mts.) Nacioni	alidad	Fecha de Nac.
Seleccionar Apellido paterno	Apellido mate	M	F	05			
2 Developmento			Dara (h	- 1 Fabra	er ferbe I ble eine	- Kalenar	I forke de Nere
Seleccionar		M	F	.g.) Estati	ira (mts.) Nacioni	1040	recha de Nac.
Apellido paterno	Apellido mate	erno	Nombr	es			
3 Parentesco con el T	itular DNI CE PAS	APORTE Sexo	Peso (k	ig.) Estatu	ira (mts.) Nacion	alidad	Fecha de Nac.
Apellido paterno	Apellido mate	erno	Nombr	es			
4 Parentesco con el T	itular DNI CE PAS		Peso (K	g.) Estati	ira (mts.) Nacioni	alidad	Fecha de Nac.
Seleccionar	•	M	F				
	TANTE DEL SEGURO	- RESPONSABLE [DEL PAGO DE L	A PÓLIZA			
6. DATOS DEL CONTRA	tratante? Sí	-		RUC 🔲	Tipo P. Natural		Fecha de Nacimient
6. DATOS DEL CONTRA ¿Titular es igual al Con Nombre completo (per	ntratante? SÍ 🛄 rsona o empresa)		DIVIL CLU		D lucidi		
6. DATOS DEL CONTRA ¿Titular es igual al Cor Nombre completo (per Nacionalidad	ntratante? Sí 🔲 rsona o empresa) Celular	Dirección			P. Jurídica		Distrito
6. DATOS DEL CONTRA ¿Titular es igual al Cor Nombre completo (per Nacionalidad	ntratante? Sí 🔲 rsona o empresa) Celular	Dirección	Diving CLE		P. Jurídica		Distrito
6. DATOS DEL CONTRA ¿Titular es igual al Cor Nombre completo (per Nacionalidad Provincia	ntratante? Sf 🔲 rsona o empresa) Celular Departamento	Dirección Correo electrón	lico	Cor	P. Jurídica reo electrónico (so	lo para en	Distrito Ko de facturas electrónic
6. DATOS DEL CONTRA ¿Titular es igual al Con Nombre completo (per Nacionalidad Provincia	ntratante? Sí 🔲 rsona o empresa) Celular Departamento	Dirección Correo electrón	nico	Cor	P. Jurídica	lo para en	Distrito Ko de Facturas electrónic
6. DATOS DEL CONTRA ¿Titular es igual al Cor Nombre completo (per Nacionalidad Provincia	ttratante? Sí	Dirección Correo electrón	lico	3	P. Jurídica	lo para en	Distrito Ko de facturas electrónic 1
6. DATOS DEL CONTRA 2/Ticular es igual al Cor Nombre completo (per Nacionalidad Provincia Provincia Secince EPS Instin Principal Torre Pacifico entral de Wormación y Cons	ttratante? Si C rsona o empresa) Celular Departamento : Aw Juan de Arona 830, Sa ullas: (01) 513-5000 (Lima	Dirección Correo electrón n Isidro, Lima 27 y provincias]		3	P. Jurídica	lo para env	Distrito 40 de l'acturas electrónic 1 pacífico ep



O pacifico



CELULAR

Continuamos con los siguientes pasos:

- 5. Se abrirá este cuadro para firmar. Siempre marcar la opción de "Dibujar"
- 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).

Central de Información y Consultas: (01) 513-5000 (Lima y provinc www.pacifico.com.pe	cias)		♥ pacineo (
9. INFORMACIÓN SOBRE EL APORTE (MONTO DE F	PAGO)		
Declaro que el monto del aporte más IGV a pagar me declaro conocer que la misma información se encuent	ha sido informado durante el p ra a mi disposición en la página	roceso de venta, pre web de PACÍFICO (wv	vio a la firma de esta solicitud; vw.pacifico.com.pe).
Débito automático*	Cupones		
Contado (1 cuota)	Contado	Contado (1 cuota)	
III 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12	76)	raphear meeteses e	Sinding recorden 17.574
(*) El Solicitante deberá firmar la autorización para el debito as En la facha que se suscribe la presente Solicitud, el solicitante de Salud del equivalente al aporte del Plan de Salud o a una o presente solicitud.	utomático que se anexa a esta soli del Plan de Salud está de acuerdo ruota de él. Las partes declaran su	citud. con realizar un pago ad conformidad a que dict	elantado a Pacífico Entidad Prest no pago no implica la aprobación
De aproparse esca solicitud, as partes estan de acuerdo en que De no aprobarse la solicitud, el pago efectuado será devuelit momento de la devolución, según la tasa de interés que aprue a cuyo cargo se efectuó el adelanto.	e aicho pago se imputaria ai apora o en el plazo máximo de siete (7) e ebe el BCR. La devolución se efecti	o a la primera cuota de fías hábiles, con los inti Jará en la misma cuenti	ena, segun la rorma de pago acor ereses legales que se generen ha a bancaría que señaló el Solicitani
Declaro conocer que Pacífico Entidad Prestadora de Salud no de Salud no asume responsabilidad por cualquier monto que Salud a pesar de conocer esta prohibición.	autoriza a su personal a recibir sun e el Solicitante decida entregar o l	a de dinero alguna. En l naya entregado al perso	tal sentido, Pacífico Entidad Prest onal de Pacífico Entidad Prestado
10. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS			
Vombre L MEJOR CORREDOR SAC	Código 123455 Teléfono		
Vombre EL MEJOR CORREDOR SAC Engene allestration El magne a carrieration com po	Código 123455 Teléfono		colocor
Aumbre Lettelor Corrector sac Correct alexitetors Correct alexitetors Correct alexitetors Correct alexitetors Correct alexitetors Correct alexitetors Correct alexitetors	quier luga la firma.	r para	colocar
Aumbre La MEJOR CORRECTOR SAC Patters allectricities Patters P	quier luga la firma.	r para	colocar
Nombre LIMEJOR CORRECTOR SAC Parton allocations Parton allocations Parton	Código Teléfono Survey Calaton	IT PATA entregado una cop tas en las páginas 5 a debe concidir cor formada por los med erás ser el pode que a erás ser el pode que a les de ser es es el pode que a les de ser es	COLOCCAT
Nombre LIMEJOR CORRECTOR SAC Partice about delay a Partice about	Código Teléfono Contractor Calebra Cal	IT PATA entregado una cop tas en las páginas 5 Firma del a debe concidir cor formación por los mel directos en el pado que directos en el pado que las en el pado que directos en el pado que las en en el pado que las en en el pado que las en	COLOCAT





🕒 🕑 🇭 24 % 💽 🖓

Enviar



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?



O pacifico





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"



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

(*) Si al Titular comanar do adad la Grego coré del podro moduo

Continuamos con los siguientes pasos:

- 4. Marcar "Dibujar". Solamente utilizar esta opción
- 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"









đ





Continuamos con los siguientes pasos:

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

Solicitud Afiliación EPS Individual - Corre	edores - Octubre 2020.pdf - Adobe Acrobat Reader DC		– 0 ×
<u>Archivo Edició Firmar Ven</u> tana	Ayuda		
Inicio	Solicitud Afiliación E ×		(?) 📕 Iniciar sesión
	(1) 4 / 8		2 🖂 🎍
Rellenar y firmar	En F	irmar 🕒	Siguiente Cerrar
P	EJECUTIVO SAC	123456	^ PA
U I	Correo electrónico	Teléfono	
O	elmejorejecutivo@pacifico.com.pe	999999999	
	12. CONSTANCIA		R
*	Dejo constancia que he completado esta solicitud en su tot	alidad y que se me ha entregado una copia de la misma en este acto.	
	Dejo constancia que he leído los términos y acepto las cono	liciones legales adjuntas en las páginas 5, 6 y 7 de la solicitud de salud.	-
			- -
•		And	
	Nombres y apellidos: ARANTXA ABANTO PINHEYROS	74.	4
		(La firma debe coincidir con la que aparece en el DNI)	0
	* Al firmar esta solicitud autorizo el envío del Plan de Salud de manera cambio de condiciones	a electrónica, envi <mark>ó de información por los medios pactados y</mark> esceptación tácita po	·
	* En caso que el Titular por afiliar sea menor de edad, el contratar	nte del Plan de Salud deberá ser el padre que ejerza la patria potestad, quien en s	
	se reserva el derecho de verificar la validez de los datos. Igual facul 502°, 526°y 527° del Código Civil Peruano.	o establecido en los articulos 43 , 418 y 423 incisió o del conigo Civil. La Compani tad podrá ejercer el tutor legal del menor de edad de conformidad con los articulo	s du
	Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud. RUC: 20431115825		
	Oficina principal: Torre Pacífico. Av. Juan de Arona 830, San Isid	ro. T (511) 518-4000	4
210 x 297 mm		4/	7

O pacifico





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 <u>emisionsalud@pacifico.com.pe</u>
- Hacer seguimiento al trámite indicado por Emisión Salud

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

RECOMENDACIONES FINALES

 \geq





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

 9. COLARCOM PRACATE CALLED (DBTE CEL LINEAR APPEL ACCIDENCE)

 Charles response des una dia gragmanta indicata a cartinuaria meando una "provincia" de la cartina comparata, als constructions de provincia meando una "provincia" de la cartina comparata de la cartina comparata, als constructions de provincia de la cartina comparata de la cartina comparata de la cartina comparata, als constructions de la cartina comparata de la cartina compara

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 prellenado de datos que tengamos a la mano.



- \geq 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

