SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD
PYME SALUD BASE
Febrero 2026

Limpiar Formulario

* Fecha de solicitud: _____ dd/mm/aaaa

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

Razón social de la empresa *	* RUC Nº	Tipo * P. Natural ☐ P. Jurídica ☐	F. Nacimiento/ F. Inicio de actividades *
Nacionalidad *	Celular *	Dirección *	Distrito *
Provincia *	Departamento *	Correo electrónico *	Correo electrónico (solo para envío de facturas electrónicas) *

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

☐ Venta nueva ☐ Inclusión de dependiente(s)

Edad máxima de ingreso: **65 años** inclusive.

3. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno *	Apellido materno	Nombres *
DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ *	Sexo * M ☐ F ☐	Fecha de Nacimiento *

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

1	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		
	Parentesco con el Titular Seleccionar		DNI ☐ CE ☐ PAS ☐	Sexo M ☐ F ☐	Fecha de Nac.
2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		
	Parentesco con el Titular Seleccionar		DNI ☐ CE ☐ PAS ☐	Sexo M ☐ F ☐	Fecha de Nac.
3	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		
	Parentesco con el Titular Seleccionar		DNI ☐ CE ☐ PAS ☐	Sexo M ☐ F ☐	Fecha de Nac.
4	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		
	Parentesco con el Titular Seleccionar		DNI ☐ CE ☐ PAS ☐	Sexo M ☐ F ☐	Fecha de Nac.

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

Sírvete responder la pregunta indicada a continuación marcando una "X" en el recuadro correspondiente. Asegúrate de que esté completa, 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 DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR ASEGURAR (página anterior).

PYME Salud Base

N	Pregunta	Titular		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4	
		S	No	S	No	S	No	S	No	S	No
1	¿Has sido diagnosticado y/o recibido tratamiento por hipertensión arterial, arritmia, enfermedad isquémica cardiaca, aneurisma, insuficiencia renal, riñones poliquísticos, cálculo urinario, cálculo en vesícula, cirrosis hepática, asma?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	¿Has sido diagnosticado y/o recibido tratamiento por VIH SIDA, migraña, epilepsia, derrame cerebral, parálisis cerebral, hipertiroidismo, diabetes mellitus, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple, hipertiroidismo, hernias o lesiones en columna vertebral?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	¿Has sido diagnosticado y/o recibido tratamiento por cáncer de cualquier órgano. Ejemplo: linfoma, leucemia, tumormaligno de mama, tumor maligno de próstata?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Declaro que:

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

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

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

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

- Completar de forma inexacta la Declaración Jurada de Salud con el propósito de faltar, ocultar o cambiar la verdad de mi situación de salud o la de mis dependientes inscritos. No aplica cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o Declaración Jurada de Salud y PACÍFICO SEGUROS igualmente celebró el contrato.
- Realizar un llenado incompleto o parcial de la Declaración Jurada de Salud, con reserva o silencio de elementos fundamentales para el conocimiento exacto de mi situación de salud o la de mis dependientes inscritos. No aplica cuando las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o Declaración Jurada de Salud y PACÍFICO SEGUROS igualmente celebró el contrato.
- No revelar datos o información contenida en la(s) historia(s) clínica(s) del Solicitante o dependientes a asegurar, solicitada por PACÍFICO SEGUROS al momento de la evaluación de la presente solicitud de seguro, conforme a lo establecido en el artículo 29 de la Ley 26842 – Ley General de Salud.

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

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

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

IMPORTANTE

1. Aprobación de la Solicitud de Seguro

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

2. Declaración Jurada del Solicitante Titular y dependientes por asegurar

Declaro que yo y/o mis dependientes no hemos omitido informar sobre alguna enfermedad o dolencia en la declaración de salud y que las respuestas proporcionadas en la solicitud, así como en la Declaración Jurada de Salud, son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad, hecha con dolo o culpa inexcusable, hace nulo el contrato de seguro, y

PACÍFICO SEGUROS tendrá derecho, a título indemnizatorio, a las primas acordadas para el primer año de duración del contrato. Las declaraciones anteriores son verdaderas y esenciales para la determinación de la prima, la cobertura y la decisión de PACÍFICO SEGUROS para asegurar el riesgo analizado, en tal sentido como Solicitante suscribo la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada.

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

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

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

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

3. Aceptación tácita por cambio de condiciones

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

Usos adicionales y Transferencia de información

Autorizas que Pacífico Seguros, de manera directa o a través de sus encargados de tratamiento, te oferte y/o remita por cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático lo siguiente:

- Los productos y servicios que brindamos, tales como seguros o cualquier otro que desarrollemos en el futuro.
- Información sobre los beneficios y programas de fidelización que Pacífico Seguros o nuestros aliados comerciales, cuyo listado se encuentra disponible en Lista empresas socios comerciales (pacifico.com.pe), tienen para ti.
- La posibilidad de participar en estudios, investigaciones de mercado, encuestas y/o focus groups.

Las comunicaciones o mensajes con la información, ofertas y/o publicidades podrán ser remitidas a través de medios escritos (por ejemplo, comunicaciones físicas), verbales (por ejemplo, mensajes de voz o llamadas telefónicas) o electrónicos/informáticos (por ejemplo, mensajes de texto, notificaciones push, WhatsApp, correo electrónico u otras plataformas de mensajería).

Asimismo, autorizas que tus datos sean tratados para realizar un análisis de riesgos y siniestralidad para la contratación de cualquier póliza de seguros, así como para el análisis de los siniestros y la determinación de la cobertura y cuantía de estos mismos. Para ello, nos autorizas a entregarle a las Empresas Aseguradoras y su gremio, cuando así lo requieran en virtud de una solicitud de contratación y/o de cotización de una póliza de seguros, así como por la ocurrencia de un siniestro y/o el riesgo de que el mismo ocurra, información acerca de (i) la existencia de seguros contratados por ti con las Empresas Aseguradoras; y, (ii) las sumas aseguradas y principales condiciones de cobertura. También, y para esta misma finalidad, autorizas a Pacífico Seguros a requerir esta información de las Empresas Aseguradoras y su gremio para cumplir con esta misma finalidad cuando se requiera la contratación y/o cotización de una póliza de seguros, así como para el análisis de los siniestros y la determinación de la cobertura y cuantía de estos mismos. Los resultados del análisis que se realice podrán ser compartidos por Pacífico Seguros con las Empresas Aseguradoras y su gremio, y viceversa.

Pacífico Seguros podrá transferir tu información a las empresas del Grupo Credicorp y socios comerciales (“Terceros Autorizados”), cuya identidad y ubicación aceptas haber tenido a tu disposición al momento de contratar, y que también se encuentra disponible en Lista empresas socios comerciales (pacifico.com.pe). Los Terceros Autorizados podrán usar tu información, directamente o a través de encargados, para realizar estudios de mercado, perfiles de compra, envío de publicidad, promociones y ofertas de los productos y/o

servicios que ofrecen, y ejecutar o preparar las relaciones comerciales que podrían mantener contigo.

Asimismo, nos autorizas a solicitar a las empresas del Grupo Credicorp, y a éstas a transferirnos los datos personales de tu titularidad que tuvieren. Ello a fin de cumplir con las finalidades descritas en la presente autorización. Mediante la emisión de esta autorización reconoces haber recibido información relevante de las empresas del Grupo Credicorp que se mantienen a tu disposición en el siguiente enlace: Lista empresas socios comerciales (pacifico.com.pe).

Declaras tener conocimiento que (i) fruto de la transferencia de la información entre Pacífico Seguros y los Terceros Autorizados, tu información podrá ser enriquecida a través de fuentes públicas y/o privadas; y (ii) dicha información enriquecida podrá ser compartida entre Pacífico Seguros y los Terceros Autorizados.

Pacífico Seguros y los Terceros Autorizados podrán conservar y tratar tu información en los términos establecidos en esta autorización, mientras se mantenga nuestra relación contractual y hasta veinte (20) años de finalizada la misma.

Pacífico Seguros podrá modificar los términos de la presente autorización, para lo cual deberá informarte con una anticipación mínima de 45 días calendario, a partir de los cuales la modificación surtirá efecto. En caso no estés de acuerdo con la modificación realizada, podrás revocar el consentimiento a través de los medios que hemos puesto a tu disposición. Cualquier modificación unilateral que realicemos no podrá tener relación directa con datos sensibles (como por ejemplo, datos biométricos, ingresos económicos, información de salud), según estos han sido regulados en la Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo 3-2013-JUS.

A esta autorización le resultan aplicables los términos señalados en la sección informativa del Tratamiento de tus Datos Personales, así como lo indicado en nuestra Política de Privacidad.

La aceptación o no de esta autorización para “Usos Adicionales y Transferencia de Información” (ajenos a la ejecución de la relación contractual) no condiciona la prestación del servicio que hayas contratado.

Marca SÍ o NO:

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

4. Derecho de arrepentimiento
El CONTRATANTE y el ASEGURADO tienen el derecho de arrepentimiento para resolver el contrato o el Certificado de Seguro, respectivamente, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o del Certificado de Seguro, según corresponda, debiendo PACÍFICO SEGUROS en ambos casos devolver el monto de la prima recibida. El CONTRATANTE o el ASEGURADO para tal efecto deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS por cualquiera de los medios de comunicación señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza o Certificado de Seguro, utilizando el mismo medio, forma y lugar que se usó para la contratación del seguro. La prima le será devuelta en el plazo máximo de treinta (30) días calendario de recibido el requerimiento, en efectivo o mediante depósito en cuenta bancaria, según lo solicite el CONTRATANTE o el ASEGURADO.

Declaro que he accedido al siguiente QR y he tomado conocimiento de toda la información contenida en dicho enlace:

Escanea el QR
o haz clic **aquí**