

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD COLECTIVOS ENERO 2023

Fecha de solicitud: _____
 dd/mm/aaaa

1. DATOS DEL CONTRATANTE DEL SEGURO - RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PÓLIZA				
Razón social de la empresa		RUC N°	Tipo P. Natural <input type="checkbox"/> P. Jurídica <input type="checkbox"/>	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. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?

Oncológico Colectivo Auxilio Médico Colectivo Ambos productos

4. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		
DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento		

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

1	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		
	Parentesco con el Titular		DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nac.
2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		
	Parentesco con el Titular		DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nac.
3	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		
	Parentesco con el Titular		DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nac.
4	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		
	Parentesco con el Titular		DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nac.

6. 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).

SEGURO ONCOLÓGICO COLECTIVO

Nº	Pregunta	Titular		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1	¿Has sido diagnosticado y/o recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, neoplasias o tumores (pólipos, displasias, condilomas, leucoplasias), Tiroiditis de Hashimoto, Hepatitis B o C, Virus de Papiloma Humano, VIH SIDA?										

SEGURO AUXILIO MÉDICO COLECTIVO

Nº	Pregunta	Titular		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	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, tumor maligno 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, declaro que el monto de la prima comercial + IGV a pagar será la que corresponda a mi edad según se me ha informado al momento de la comercialización de este seguro y siguiendo la información contenida en el Folleto Informativo Cuantitativo que he tenido a la vista antes de llenar esta solicitud. Asimismo, las primas podrán estar sujetas a un recargo por condiciones médicas declaradas en esta solicitud, lo que se informará al Solicitante para que exprese su aceptación, de manera previa a la emisión de la Póliza.
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 contenido 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 tengo la obligación de notificar por escrito a PACÍFICO SEGUROS, en la Póliza, los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y conozco también que esta obligación se extiende durante la vigencia del Contrato de Seguro y, asimismo, en las vigencias de pólizas que se negocien sucesiva e ininterrumpidamente.
6. Conozco que tengo la obligación de informar a PACÍFICO SEGUROS sobre cualquier evento o circunstancia que directa o indirectamente pueda ser pertinente para corregir, actualizar y/o complementar las declaraciones de mi estado de salud realizadas para la emisión de la Póliza original o para el caso de nuevas vigencias sucesivas e ininterrumpidas. Si no actualizo la información que brindo para la emisión de la Póliza original, se entenderá que he confirmado que no existe información nueva que directa o indirectamente sea relevante para corregir, actualizar y/o complementar las declaraciones realizadas de mi estado de salud o de mis dependientes.
7. Conozco que estoy facultado para plantear ante PACÍFICO SEGUROS todas las consultas y/o dudas que pueda tener respecto del contenido de la Declaración Jurada de Salud que consta en el presente documento.
8. Conozco que para la atención de mis preexistencias o las de mis dependientes, de ser el caso y una vez celebrado el Contrato de Seguro, PACÍFICO SEGUROS solicitará a la compañía de seguros, cuya información proporcione en este acto, los antecedentes médicos correspondientes que permitan la continuidad o cualquier información que demuestre que mi preexistencia fue cubierta por dicho seguro de similares características en el período inmediato anterior a la presente Póliza. Esto, a efectos de conocer los alcances de mi anterior seguro y otorgarme la continuidad de la cobertura correspondiente.
9. He tenido a mi disposición de manera previa a la contratación de este seguro las condiciones generales, condiciones particulares, condiciones especiales y demás información del seguro que solicito. Conozco que esta Póliza se encuentra sometida a períodos de carencia y de espera según lo señalado en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares, períodos en los cuales no se aplican determinadas coberturas.
10. Conozco que en caso de aprobarse esta solicitud y emitirse la Póliza de Seguro, PACÍFICO SEGUROS tiene la facultad de ceder la Póliza como parte de la cartera de este producto de seguro, cumpliendo para ello de manera previa con el procedimiento establecido por la normatividad vigente ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Asimismo, declaro que tengo derecho a no aceptar la cesión de cartera, en cuyo caso el contrato de seguro terminará a la finalización de su vigencia anual.

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. Medios de comunicación pactados: escritos (correo electrónico o comunicaciones enviadas al domicilio físico) y telefónicos

Autorizo a PACÍFICO SEGUROS a que en el caso de aprobar la presente solicitud, pueda enviar válidamente cualquier comunicación y/o notificación vinculada con este seguro durante su vigencia por cualquiera de los medios de comunicación arriba indicados, 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 mi correo electrónico surtirán efectos y las consideraré recibidas a partir del momento en que estas sean recibidas en el servidor de mi cuenta del correo electrónico, considerándose igualmente que en ese momento he tomado conocimiento del contenido del documento enviado por dicho medio. Se enviarán comunicaciones por escrito al domicilio físico del Contratante y/o Asegurado en caso la normatividad vigente lo exija o no se consigne una dirección electrónica en la presente solicitud.

3. Declaración Jurada del Solicitante Titular y dependientes por asegurar

Declaro que yo y/o mis dependientes no hemos omitido informar sobre alguna enfermedad o dolencia en la declaración de salud y que las respuestas proporcionadas en la solicitud, así como en la declaración jurada de salud, son 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.

4. Autorización para envío de pólizas electrónicas

Declaro expresamente y de manera previa que estoy de acuerdo con que PACÍFICO SEGUROS me envíe por medio electrónico la Póliza que he contratado o a que ponga a disposición todos los documentos que forman parte de la Póliza o del Certificado de Seguro en los medios electrónicos, de Internet, virtuales, páginas web, aplicaciones para aplicativos móviles, WhatsApp o Messenger de Facebook, que permitan descargar, guardar e imprimir todos los documentos que forman parte de la Póliza de Seguro o del Certificado de Seguro.

5. 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.

6. Protección de datos personales

En Pacífico Seguros nos preocupamos por la protección y privacidad de los datos personales de nuestros usuarios. Por ello, garantizamos la absoluta confidencialidad de tus datos y empleamos altos estándares de seguridad.

Estamos legalmente autorizados a tratar la información necesaria (personal, financiera, de contacto -como el número de celular, teléfono o correo electrónico-, localización y biometría -como reconocimiento facial o huella digital-, entre otros) y de carácter obligatorio que tenga por finalidad preparar y/o ejecutar la relación contractual que mantenemos y que nos entregues para tales efectos en los documentos correspondientes, o aquella a la que accedamos de manera legítima a fin de actualizarla y completarla. Para garantizar la adecuada ejecución de nuestra relación contractual, es necesario que tu información se encuentre siempre actualizada. Por tanto, deberás mantener actualizada tu información, sin perjuicio que en cumplimiento del Principio de Calidad nosotros la actualicemos, validemos o complementemos a partir de fuentes legítimas públicas o privadas (incluyendo redes sociales) a las que podamos tener acceso en el curso regular de nuestras operaciones.

Las comunicaciones que te podremos remitir en el marco de la ejecución de la relación contractual y/o su preparación, pueden estar relacionadas a información sobre el uso de nuestros canales, consejos de seguridad en el uso de sus productos, acceso a los diferentes canales de atención, estados de cuenta, mantenimiento de la relación comercial, encuestas de satisfacción, entre otros. Asimismo, para dar cumplimiento a las obligaciones y/o requerimientos que se generen en virtud de las normas vigentes en el ordenamiento jurídico peruano y/o en normas internacionales que le sean aplicables, incluyendo, pero sin limitarse a las vinculadas al sistema de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y normas prudenciales, podremos dar tratamiento y eventualmente transferir tu información a autoridades y terceros autorizados por ley.

De acuerdo con la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, así como las normas que las modifican o sustituyan, te informamos que tus datos personales serán almacenados en el banco de datos denominado “Usuarios” y que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo el número de registro RNPDP-PJP N° 774, de titularidad de Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., Calle Juan de Arona N° 830, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima. Pacífico Seguros conservará y tratará tu información mientras se mantenga nuestra relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizada.

Para el tratamiento de tu información, Pacífico Seguros utilizará diversos encargados ubicados en el Perú y en el extranjero (respecto de los cuales se realizará una transferencia al país donde están ubicados). Esta información se encuentra también disponible en "Lista Empresas Socios Comerciales" (pacifico.com.pe) y podrás acceder a ella en cualquier momento.

Pacífico Seguros podrá modificar cualquier disposición contenida en la presente sección informativa, informándote con una anticipación mínima de cuarenta y cinco (45) días calendario, a partir de los cuales la modificación surtirá efecto.

Puedes ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición dirigiéndote a nuestro sitio web: Política de privacidad | Transparencia – Pacífico Corporativo | Pacífico (pacifico.com.pe), o a través de nuestra Central de Información y Consultas al (01) 513-5000. También podrás consultar nuestra Política de Privacidad en Política de privacidad | Transparencia – Pacífico Corporativo | Pacífico (pacifico.com.pe)

Autorizaciones para usos adicionales

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

- Los servicios y productos que brindamos, tales como seguros o cualquier otro similar.
- Asimismo, también te podremos enviar información sobre los beneficios y programas de fidelización de nuestros aliados comerciales, que se encuentran disponibles en "Lista Empresas Socios Comerciales" (pacifico.com.pe).
- La posibilidad de participar en estudios, investigaciones de mercado, encuestas, focus group y cualquier otro foro destinado a evaluar nuevas experiencias de cliente.

Las comunicaciones o mensajes con las 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, push notifications, WhatsApp, correo electrónico u otras plataformas de mensajería).

Pacífico Seguros podrá transferir tu información a sus empresas vinculadas y socios comerciales ("Terceros Autorizados"), cuya identidad y ubicación se encuentran disponibles 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 estas ofrecen.

Finalmente, declaras tener conocimiento que la información enriquecida de manera legítima podrá ser compartida por Pacífico Seguros a los Terceros Autorizados.

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

Pacífico Seguros podrá modificar la presente cláusula, informándote con una anticipación mínima de cuarenta y cinco (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 puestos a disposición por Pacífico Seguros. Cabe precisar que cualquier modificación unilateral que realice Pacífico Seguros no podrá tener relación directa con datos sensibles (datos biométricos, ingresos económicos, información de salud, entre otros), según estos han sido regulados en la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS.

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 estás contratando.

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

7. 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.