

# SOLICITUD DE AFILIACIÓN EPS INDIVIDUAL JUNIO 2024

Fecha de solicitud:            /            /           

Inicio de vigencia:            /            /           

## 1. CANAL DE VENTA

FFVV                       Corredores                       Sin intermediación

## 2. ¿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.

## 3. OBSERVACIONES RELEVANTES EN LA SOLICITUD (ejemplo: código de plan específico, entre otros)

## 4. ¿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"/> |                                 |                          |

\* 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.

## 5. DATOS DEL CONTRATANTE DEL PLAN DE SALUD (RESPONSABLE DEL PAGO DE APORTES):

¿Contratante es igual al Titular?    Sí     No                       Persona Natural                       Persona Jurídica

|   |  |                                    |           |  |              |
|---|--|------------------------------------|-----------|--|--------------|
| Nombre completo (persona natural o empresa)   |  | Apellido paterno (persona natural) |           | Apellido materno (persona natural)                             |              |
| DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> N°: | Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Fecha de Nac.                      | Peso (kg) | Estatura (mt);   | Nacionalidad |
| Dirección:  |  | Distrito                           |           | Provincia  |              |
| Departamento  | Celular:   | Correo electrónico                 |           | Correo Electrónico (solo para envío de facturas electrónicas): |              |

## 6. DATOS DEL AFILIADO TITULAR (LLENAR ÚNICAMENTE SI EL TITULAR ES DIFERENTE QUE EL CONTRATANTE)

|   |  |                    |           |                  |              |
|---|--|--------------------|-----------|------------------|--------------|
| Nombre completo   |  | Apellido paterno   |           | Apellido materno |              |
| DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> N°: | Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Fecha de Nac.      | Peso (kg) | Estatura (mt);   | Nacionalidad |
| Dirección:  |  | Distrito           |           | Provincia        |              |
| Departamento  | Celular:   | Correo electrónico |           |                  |              |

## 7. DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR AFILIAR (CÓNYUGE O CONVIVIENTE/HIJOS)

|           | Apellido paterno          | Apellido materno  | Nombres  |           |              |              |               |
|-----------|---------------------------|---|--|-----------|--------------|--------------|---------------|
| <b>D1</b> | Parentesco con el Titular | DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> N°: | Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Peso (Kg) | Estatura (m) | Nacionalidad | Fecha de Nac. |
| <b>D2</b> | Apellido paterno          | Apellido materno  | Nombres  |           |              |              |               |
| <b>D2</b> | Parentesco con el Titular | DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> N°: | Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Peso (Kg) | Estatura (m) | Nacionalidad | Fecha de Nac. |
| <b>D3</b> | Apellido paterno          | Apellido materno  | Nombres  |           |              |              |               |
| <b>D3</b> | Parentesco con el Titular | DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> N°: | Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Peso (Kg) | Estatura (m) | Nacionalidad | Fecha de Nac. |
| <b>D4</b> | Apellido paterno          | Apellido materno  | Nombres  |           |              |              |               |
| <b>D4</b> | Parentesco con el Titular | DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> N°: | Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Peso (Kg) | Estatura (m) | Nacionalidad | Fecha de Nac. |
| <b>D5</b> | Apellido paterno          | Apellido materno  | Nombres  |           |              |              |               |
| <b>D5</b> | Parentesco con el Titular | DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> N°: | Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Peso (Kg) | Estatura (m) | Nacionalidad | Fecha de Nac. |

### 8. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (DEBE SER LLENADA POR EL AFILIADO TITULAR)

Sírvete responder cada una de las preguntas indicadas a continuación marcando una "X" en el recuadro correspondiente. Asegúrate de que todas estén completas, de lo contrario la solicitud no podrá ser procesada y se tomará como no presentada. Por favor, asegúrate también de responder según el orden de dependientes asignado en el cuadro de DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR AFILIAR (página anterior, punto 7).

| N° | ¿Presentas o has presentado padecimientos relacionados con estas enfermedades o diagnósticos de salud?<br><b>Declarar inclusive si el antecedente fue financiado por Pacífico.</b><br>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.                                | Titular |    | D1 |    | D2 |    | D3 |    | D4 |    | D5 |    |
|----|---|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|    |   | Sí      | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| 1  | <b>Sistema nervioso, sistema ocular, auditivo y/o trastornos mentales.</b><br>Por ejemplo: migraña, convulsiones, epilepsia, derrame cerebral, párkinson, parálisis cerebral, hidrocefalia, cataratas, glaucoma, pterigión, hipoacusia, otitis, esquizofrenia, depresión, ansiedad.   |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 2  | <b>Aparato respiratorio, aparato cardiovascular y de la sangre.</b><br>Por ejemplo: asma bronquial, bronquitis crónica, sinusitis, desviación de tabique nasal, hipertensión arterial, arritmia, angina, soplo cardiaco, infarto cardiaco, enfermedad de las válvulas cardiacas, várices, trombosis, aneurisma, anemias, hemofilia, desórdenes de la coagulación, trombofilia.    |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 3  | <b>Sistema endocrino, enfermedades ginecológicas y/o del aparato genitourinario y gestación.</b><br>Por ejemplo: diabetes, enfermedad tiroidea, hiperprolactinemia, adenoma de hipófisis, quistes en mamas u ovarios, endometriosis, displasias de cérvix, insuficiencia renal, glomerulonefritis, hiperplasia de próstata, prostatitis, cálculo urinario, gestación en curso.    |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 4  | <b>Aparato digestivo, pared abdominal, enfermedades de la piel y/o enfermedades infecciosas crónicas.</b><br>Por ejemplo: gastritis, úlcera, hernia hiatal, cirrosis hepática, cálculos en la vesícula, pancreatitis, rosácea, psoriasis, vitíligo, dermatitis alérgica, hepatitis, meningitis, tuberculosis, VIH/sida.   |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 5  | <b>Sistema osteomuscular y/o enfermedades reumatológicas, enfermedades congénitas o hereditarias.</b><br>Por ejemplo: artrosis, enfermedades de los meniscos, hernias u otras lesiones de columna vertebral, escoliosis, gota, artritis reumatoide, lupus eritematoso, osteopenia, osteoporosis, síndrome de Down, cardiopatía, riñón poliquístico, luxación congénita de cadera. |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 6  | <b>Enfermedades oncológicas y/o tumores.</b><br>Por ejemplo: cáncer de cualquier órgano o tejido del cuerpo, pólipos, mioma uterino, nódulos tiroideos, verrugas genitales.   |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 7  | ¿Alguna de las personas por asegurar ha tenido algún antecedente médico que no esté incluido en alguna pregunta de la solicitud en los últimos 12 meses (enfermedad - lesión - dolencia - biopsia - hospitalización y/o cirugía)?   |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DEL PUNTO ANTERIOR FUE AFIRMATIVA, COMPLETA ESTE CUADRO:

| Nº de la pregunta afirmativa | Nombre completo | Enfermedad o dolencia | Clínica o centro médico donde se atendió | Fecha de diagnóstico (mm/aaaa) | Estado de salud actual* |
|------------------------------|-----------------|-----------------------|--|--------------------------------|-------------------------|
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |
|                              |                 |                       |  |                                |                         |

\* Indicar si está curado, en tratamiento o sin tratamiento.

### 9. CONTINUIDAD DE PREEXISTENCIAS

Para evaluar la exoneración de los períodos de carencia y espera gozando del beneficio de continuidad de preexistencias, será indispensable presentar la siguiente documentación:

- Copia 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 siniestros de la Póliza y/o Plan de Salud anterior, 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 presentando 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:

| Nombre de la persona | Fecha de vigencia |                  | Nombre de la Compañía Aseguradora o EPS |
|----------------------|-------------------|------------------|---|
|                      | Desde (mm/aaaa)   | Hasta (mm/aaaa)* |   |
|                      |                   |                  |   |
|                      |                   |                  |   |
|                      |                   |                  |   |
|                      |                   |                  |   |
|                      |                   |                  |   |
|                      |                   |                  |   |
|                      |                   |                  |   |
|                      |                   |                  |   |
|                      |                   |                  |   |
|                      |                   |                  |   |

**IMPORTANTE:** Para gozar del beneficio de continuidad de preexistencias debes haber solicitado el seguro considerando los siguientes plazos:

- **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 el seguro o plan anterior mínimo **tres meses**.

### 10. INFORMACIÓN SOBRE EL APORTE (MONTO DE PAGO)

Declaro 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 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)<br><input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 4%) | <input type="checkbox"/> Contado (1 cuota)<br><input 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 Pacífico 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 BCR. 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 Pacífico Entidad Prestadora de Salud no autoriza a su personal a recibir suma de dinero alguna. En tal sentido, Pacífico Entidad Prestadora de Salud no asume responsabilidad por cualquier monto que el Solicitante decida entregar o haya entregado al personal de Pacífico Entidad Prestadora de Salud a pesar de conocer esta prohibición.

| DATOS DEL EJECUTIVO COMERCIAL EPS |         |
|-----------------------------------|---------|
| Nombre                            | Código  |
| Correo electrónico                | Celular |

| DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS |         |
|-------------------------------|---------|
| Nombre                        | Código  |
| Correo electrónico            | Celular |

### 11. 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. Asimismo, declaro que he leído los términos y acepto las condiciones legales adjuntas desde la página 5 de la solicitud de salud (Escaneo del QR).**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

**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, el envío de información por los medios pactados y la aceptación tácita por cambio de condiciones.

\* En caso que el Titular por asegurar 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.

## DECLARACIONES DEL AFILIADO

### Declaro que:

1. Conozco que las omisiones y/o impresiones 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 afiliación solicitada por PACÍFICO EPS al momento de la evaluación de la presente solicitud del Plan de Salud, conforme a lo establecido en el artículo 29 de la Ley 26842 – Ley General de Salud.

4. 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.

5. 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 proporcione 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.

6. 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 del 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 sesenta (60) días de la exclusión del Plan de Salud.

## IMPORTANTE

### 1. Aprobación de la solicitud del Plan de Salud

PACÍFICO EPS entregará la propuesta de Plan de Salud 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. No obstante, cuando corresponda, PACÍFICO EPS se obliga a comunicar el rechazo de la solicitud dentro del plazo de quince (15) días calendario de recibida, salvo que PACÍFICO EPS 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 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. Declaración Jurada del Solicitante Titular y dependientes por afiliación

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 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 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 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.

### **3. Aceptación tácita por 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 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 el aporte o a firmar el Convenio de Pago obligándose a pagarlo 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.

**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**



Código del Intermediario:

Fecha:  /  /

Nombre del Intermediario:

Contratante:

Titular de la cuenta/tarjeta:

Documento: DNI  CE  RUC  Número

Código del Afiliado:  Producto:  Matrícula (uso exclusivo de Cobranzas Pacífico EPS):

Código del Afiliado:  Producto:  Matrícula (uso exclusivo de Cobranzas 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 20431115825, sin requerir de visto ni confirmación posterior, a realizar los cargos automáticos de los aportes que resulten de la contratación del/de los plan(es) solicitado(s) en la cuenta bancaria y/o tarjeta de crédito o débito indicada en la presente solicitud, extendiéndose a la tarjeta de crédito que el banco emita 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

BCP Cta. Ahorros (14)

BCP Cta. Cte. / Maestra (13)

N° de Cuenta:

13 14

Tipo de cuenta Ahorros  Corriente  Maestra

Moneda: Nacional  Extranjera

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

### A) TARJETA

VISA (16)

Número de tarjeta:

14 15 16

Fecha de vencimiento:

Firma del Titular de la cuenta/tarjeta

El Contratante declara conocer que está prohibido brindar el código de seguridad (CCV) 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 suscripción 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 pactado en caso de encontrarse vencidas las mismas. El débito automático procederá en la medida en que la cuenta disponga de fondos líquidos disponibles para efectuar la totalidad del abono. Se deja expresa constancia que el Contratante podrá solicitar la suspensión del débito automático por cualquier medio de comunicación pactado 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 efectuará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio del día de operación del banco que corresponda. Las tarjetas de crédito emitidas fuera del país están 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 de 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° 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](http://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.