Pacífico Seguros
Oficina Principal Torre Pacífico: Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú
Central de Información y Consultas: (01) 513-5000 (Lima y provincias)
www.pacifico.com.pe

Limpiar Formulario

pacifico

SOLICITUD DE MIGRACIÓN DE SEGURO DE SALUD SEPTIEMBRE 2026

* Fecha de solicitud: _____
dd/mm/aaaa

Esta solicitud es válida para aquellos asegurados que vienen de Pacífico (Titular y Dependientes).
Complete los datos de los asegurados que realizarán la migración entre Pólizas Integrales de Salud.
No es válida en caso de tener una póliza con deducible contratado o una póliza de seguro descontinuado.
En caso sea solo Titular, llenar solo el campo correspondiente.

* CANAL DE VENTA

FFVV ☐ CORREDORES ☐ SIN INTERMEDIACIÓN ☐ BCP ENALTA ☐

1. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?

Seguro Internacional MINT AE0446420001	☐	Medicvida Nacional AE0446400002	☐
Multisalud AE0446410003	☐	Red Preferente AE0446410003	☐
Multisalud Base AE0446410003	☐	Salud Esencial Plus AE200400242	☐
Salud Esencial AE200400242	☐	Salud Hospitalario AE200400242	☐
Salud Global AE200400242	☐		

Una vez aprobada tu solicitud, el envío de la póliza será de manera electrónica.

2. DATOS DEL CONTRATANTE DEL SEGURO (RESPONSABLE DEL PAGO DE PRIMAS)

* **¿Contratante es igual al Titular?** Si ☐ No ☐ * **Persona Natural** ☐ **Persona Jurídica** ☐

Nombre completo (persona natural o empresa)	Apellido paterno (persona natural)	Apellido materno (persona natural)			
DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ RUC ☐ N°	Sexo M ☐ F ☐	Fecha de Nac.	Peso (kg)	Estatura (mt)	Nacionalidad
Dirección	Distrito	Provincia			
Departamento	Celular	Correo electrónico	Correo electrónico (solo para envío de facturas electrónicas)		

3. DATOS DEL TITULAR (LLENAR UNICAMENTE SI EL TITULAR ES DIFERENTE QUE EL CONTRATANTE)

* N° de póliza actual: _____

Nombre completo	Apellido paterno	Apellido materno			
DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ N°	Sexo M ☐ F ☐	Fecha de Nac.	Peso (kg)	Estatura (mt)	Nacionalidad
Dirección	Distrito	Provincia			
Departamento	Celular	Correo electrónico			

4. DEPENDIENTES

Llene la casilla con una X, en caso uno o más de los asegurados continuará en el producto actual, es decir, no realizarán la migración al nuevo producto y/o se proceda con la exclusión del Asegurado, **por favor, adjuntar una carta simple junto con esta solicitud.** ☐

Completa los datos de los dependientes (cónyuge/conviviente/hijos) asegurados que **realizarán la migración a la nueva póliza y tipo de seguro:**

D1	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
	Parentesco con el Titular Seleccionar	Producto actual	N° de póliza actual	DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ N°
D2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
	Parentesco con el Titular Seleccionar	Producto actual	N° de póliza actual	DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ N°
D3	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
	Parentesco con el Titular Seleccionar	Producto actual	N° de póliza actual	DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ N°
D4	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
	Parentesco con el Titular Seleccionar	Producto actual	N° de póliza actual	DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ N°
D5	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
	Parentesco con el Titular Seleccionar	Producto actual	N° de póliza actual	DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ N°

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

PACÍFICO SEGUROS tomará en cuenta las declaraciones de salud presentadas en mi(s) póliza(s) anterior(es).
Responde cada una de las preguntas indicadas a continuación marcando una "X" en el recuadro correspondiente. Asegúrate que todas estén completas, de lo contrario la solicitud no podrá ser procesada y se tomará como no presentada.

		Titular		D1		D2		D3		D4		D5	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1	¿Se encuentra en estado de gestación?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	¿Cuenta con algún antecedente médico (enfermedad - lesión - dolencia - biopsia- hospitalización y/o cirugía) no atendido por Pacífico Seguros o Pacífico EPS.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(*) IMPORTANTE: Si la migración es a un plan con mayor cobertura, todo diagnóstico presentado bajo el plan con menor cobertura será atendido bajo las condiciones del plan menor. Para las nuevas coberturas y beneficios del plan superior será necesario superar periodos de carencia y espera.

Si fue afirmativa la pregunta 2, completa este cuadro:

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
				Seleccionar

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

6. INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA (MONTO DE PAGO)

Declaro que he sido informado(a) del monto de la prima comercial + IGV durante el proceso de venta y de forma previa a la firma de esta solicitud. Declaro también conocer que la misma información se encuentra a mi disposición en la página web de Pacífico Seguros.

Débito automático*	**Cupones**
☐ 1 cuota	☐ 1 cuota
☐ 4 cuotas sin intereses	☐ 4 cuotas sin intereses
☐ 6 cuotas sin intereses*	☐ 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
☐ 10 cuotas sin intereses*	☐ 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
☐ 12 cuotas sin intereses*	☐ 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)

* Para los productos MINT, Medicvida Nacional, Multisalud y Red Preferente la cuota incluye una TCEA de 4% en caso de no aplicar a las condiciones de la campaña comercial vigente a la fecha de presentar la solicitud. Los productos Multisalud Base, Salud Esencial Plus, Salud Esencial y Salud Global no aplican a intereses.

7. ¿APLICA A CAMPAÑA DE VENTA? Sí ☐ Especificar: _____

8. DATOS DEL ASESOR DE SEGUROS / EJECUTIVO COMERCIAL

Nombre	Código
Correo electrónico	Celular

DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre	Código
Correo electrónico	Celular

Nota: La forma de pago acordada se aplicará a las posteriores vigencias de la póliza, salvo modificación por parte del Contratante y/o del Asegurado.

(*) 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 seguro está de acuerdo con realizar un pago adelantado a Pacífico Seguros del equivalente a la prima del seguro o a una cuota de ella. 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 a la prima 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 Seguros no autoriza a su personal a recibir suma de dinero alguna, en tal sentido, Pacífico Seguros no asume responsabilidad por cualquier monto que el Solicitante decida entregar o haya entregado al personal de Pacífico Seguros a pesar de conocer esta prohibición.

9. CONSTANCIA

Dejo constancia que he completado esta solicitud en su totalidad y que se me ha entregado una copia de la misma en este acto.
Dejo constancia que he leído los términos y acepto las condiciones legales adjuntas en las páginas 4 y 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)

*En caso de que el Titular por asegurar sea menor de edad, el Contratante del seguro 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 Peruano. 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.

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**

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 el presente documento, 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 sea 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 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 periodo 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 periodos de carencia y de espera según lo señalado en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares, periodos 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 del cumplimiento de 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 en 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 y se circunscribe exclusivamente a:

I.Las declaraciones brindadas por EL ASEGURADO en la Declaración Jurada de Salud y la solicitud del 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 su 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.

4. Información sobre el tratamiento de tus 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 tus 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 Nº 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) 5135000. También podrás consultar nuestra Política de Privacidad en Política de privacidad | Transparencia – Pacífico Corporativo | Pacífico (pacifico.com.pe).

5. Autorizaciones para usos adicionales

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 de 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.

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

6. Derecho de arrepentimiento

En caso el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por mecanismos de comercialización que incluye bancaseguro, así como comercialización a distancia, declaro conocer que tengo derecho a arrepentirme de la contratación de este seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro del plazo de quince (15) días de recibir la póliza de seguro o la nota de cobertura provisional o el certificado de seguro, de ser el caso, y a que se me devuelva la prima que hubiere pagado. Este derecho lo puedo ejercer utilizando el mismo mecanismo de forma, lugar y medio por el que contraté el seguro.

Modalidad de Pago

pacifico

*Código del Intermediario: (Para uso de Pacífico) Fecha: / /

Contratante:

*Titular de la cuenta/tarjeta:

*Documento: DNI ☐ CE ☐ RUC ☐ Pasaporte ☐ Número

Póliza/Solicitud: Producto: Importe: Moneda: Matrícula (Para uso de Pacífico):

Póliza/Solicitud: Producto: Importe: Moneda: Matrícula (Para uso de Pacífico):

Póliza/Solicitud: Producto: Importe: Moneda: Matrícula (Para uso de Pacífico):

NOTA: Es necesario llenar el importe máximo, este deberá ser la suma de 3 primas por producto afiliado. Para seguros de Vida el Contratante debe ser el mismo Titular del medio de pago.

FORMA DE PAGO DEL DEPÓSITO INICIAL(*)

A) BCP PRIMER PAGO USD$ ☐ S/ ☐

BBVA PRIMER PAGO SEGUROS DE VIDA USD$ ☐ S/ ☐

INTERBANK PRIMER PAGO SEGUROS DE VIDA USD$ ☐ S/ ☐

SCOTIABANK PRIMER PAGO SEGUROS DE VIDA USD$ ☐ S/ ☐

B) TARJETA DE CRÉDITO

VISA (16) ☐ MASTERCARD (16) ☐ AMEX (15) ☐ DINERS (14) ☐

Número de tarjeta: 14 15 16

Fecha de vencimiento: / **Importe:** -

* AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO PARA COBRANZAS FUTURAS

Como Titular de la cuenta bancaria y/o tarjeta de crédito o débito indicada en el presente formato por el presente autorizo a Pacífico Seguros, con RUC 20332970411, sin requerir de visto ni confirmación posterior, a realizar los cargos automáticos de las primas que resulten de la contratación de la(s) póliza(s) solicitada(s) en la cuenta bancaria y/o tarjeta de crédito o débito indicada en la solicitud. La presente autorización, para la realización de los cargos automáticos de las primas, se mantendrá vigente y se podrán seguir realizando dichos cobros/cargos, incluso en los casos en que la póliza y/o certificado de seguros, según corresponda, haya sido resuelta o se haya extinguido por falta de pago de la prima, y podrá seguir utilizándose como medio de pago válido de las primas que se encuentren pendientes de pago y/o cobro, por las coberturas otorgadas antes de la fecha de resolución o extinción.

Asimismo, ante pérdida, robo o renovación de la tarjeta de crédito/débito, se extiende la presente autorización a la nueva tarjeta emitida por el Banco, en caso éste lo notifique a Pacífico Seguros. Si no se efectúa dicha comunicación, Pacífico Seguros no será responsable por la falta de cargo de la(s) prima(s), pudiendo quedar suspendida(s) la(s) cobertura(s) de/los seguro(s), siguiendo el procedimiento establecido en las Condiciones Generales.

A) TARJETA

VISA (16) ☐ MASTERCARD (16) ☐

AMEX (15) ☐ DINERS (14)* ☐

Número de tarjeta: 14 15 16

Fecha de vencimiento: /

*** Solo aplica para los seguros de vida.**

B) CUENTA BANCARIA

BCP Cta. Ahorros (14) ☐ Interbank (13) ☐

BCP Cta. Cte. / Maestra (13) ☐ Scotiabank (12) ☐

BBVA (20) ☐ Pichincha (13)* ☐

Caja Municipal de Trujillo (12)* ☐

Tipo de cuenta Ahorros ☐ Corriente ☐ Maestra ☐

Moneda: Nacional ☐ Extranjera ☐

N° de Cuenta: 9 10 12 13 14 20

*** Solo aplica para los seguros de vida.**

Firma digital del Titular de la cuenta/tarjeta
(incluir cargo del representante legal si es una empresa)

El Contratante declara conocer que ESTÁ PROHIBIDO BRINDAR EL CÓDIGO DE SEGURIDAD (CVV) O COPIA DEL REVERSO DE SU TARJETA y reconoce que Pacífico Seguros 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. PACÍFICO SEGUROS NUNCA SOLICITARÁ EL CÓDIGO DE SEGURIDAD DE SU TARJETA. Mediante la suscripción del presente documento, el Contratante autoriza a Pacífico Seguros a cargarle en su tarjeta de crédito o cuenta bancaria señalada, en un lapso de 30 días, el importe de hasta 3 cuotas de la prima pactada, 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 con Pacífico Seguros (Web Pacífico en https://www.pacifico.com.pe encontrando a Vera, nuestro asesora virtual, Mi Espacio Pacífico en https://miespacio.pacifico.com.pe ingresando a nuestro chat virtual, y en la Central de Información y Consultas llamando al 01 513-5000 y marcando la opción 4), o también a través de una comunicación escrita dirigida a la Entidad Financiera emisora de la cuenta o tarjeta de crédito. Pacífico Seguros no autoriza a su personal a recibir suma alguna de dinero por concepto de prima seguro en forma personal. En ese sentido, Pacífico Seguros 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 tarjetas de crédito o cuenta bancaria se realizará en la misma moneda de la(s) póliza(s) contratada(s). A excepción del Banco Pichincha y Caja Municipal Trujillo, en estos casos el cargo se realizará en dólares. Las tarjetas de crédito o débito emitidas fuera del país, están sujetas a un recargo por parte de la entidad emisora. La aceptación de la presente solicitud está sujeta a verificación de firmas y datos. Esta autorización será válida para la póliza vigente y para futuras renovaciones. (*) El depósito inicial será imputado a la(s) prima(s) de seguro en caso se apruebe(n) su(s) solicitud(es) de seguro. En caso de rechazo, la Compañía reembolsará al Solicitante el importe total del depósito inicial en la cuenta bancaria declarada para el débito automático para cobranzas futuras o extornará a la tarjeta de crédito de la cual se realizó el cargo del depósito inicial. Pacífico Seguros emitirá facturas o boletas de venta. VISANET y Mastercard quedan excluidas de toda responsabilidad por la continuidad, cantidad y calidad de los bienes y/o servicios que Pacífico Seguros se obliga a brindar al Usuario.