



Bienvenidos

Repaso y temario

• Thalía Chávez



Repasemos una casuística común de nuestros conceptos básicos

Concepto: Condiciones para la contratación

Contratante

Persona natural o jurídica responsable del pago de las primas.

Puede no ser un asegurado.

Solo si consigna RUC, se emite factura electrónica como comprobante.



Asegurados

Personas que se benefician de las coberturas de la póliza.

Edad máxima de ingreso a Seguro de Salud: 65 años inclusive.

Edad máxima de ingreso a Seguro Oncológico: 60 años inclusive.

Titular



Dependientes

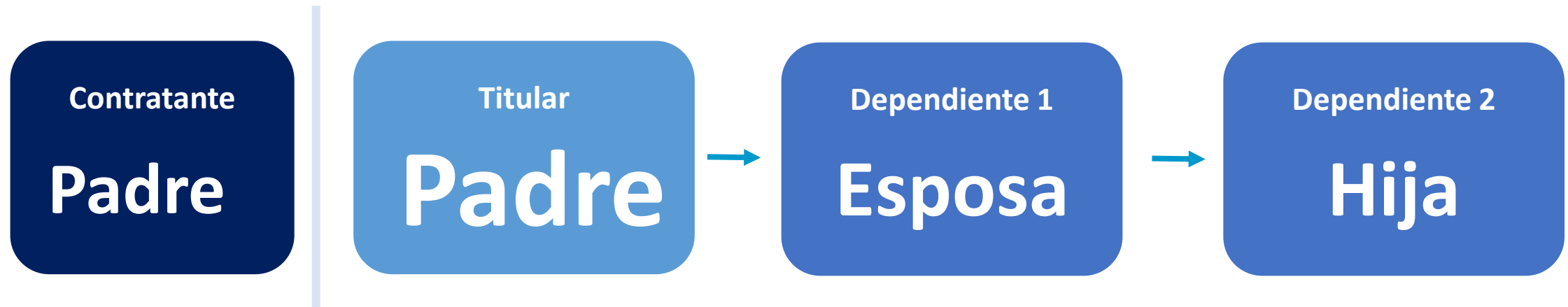
Único responsable de firmar la solicitud de salud.
Si el Titular es menor de edad, la solicitud deberá ser firmada por la madre, padre o tutor legal.

Solo pueden ser **Cónyuge/Conviviente** e hijos del Titular.

Ejemplo 1

¿Cuál sería la figura de la póliza si....

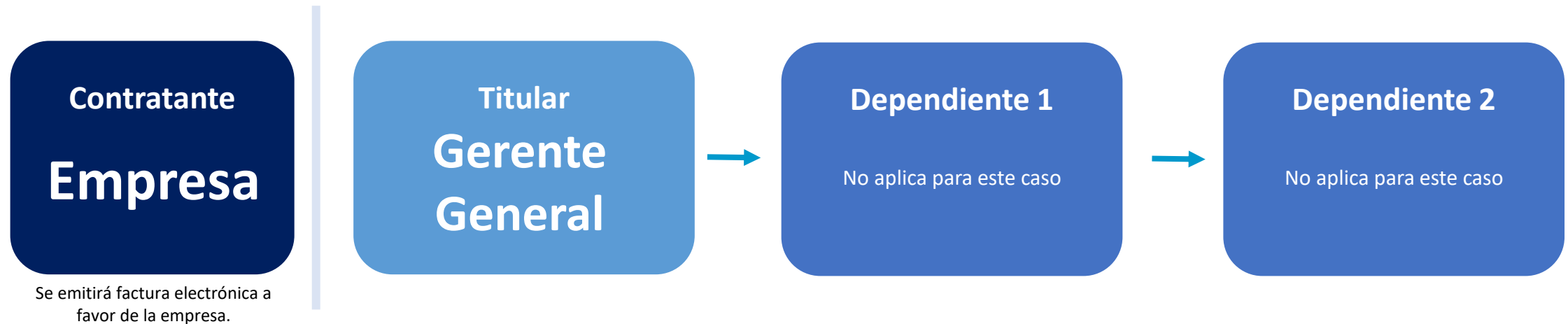
... Un padre quiere contratar un seguro de Salud para él, su esposa y su hija?



Ejemplo 2

¿Cuál sería la figura de la póliza si....

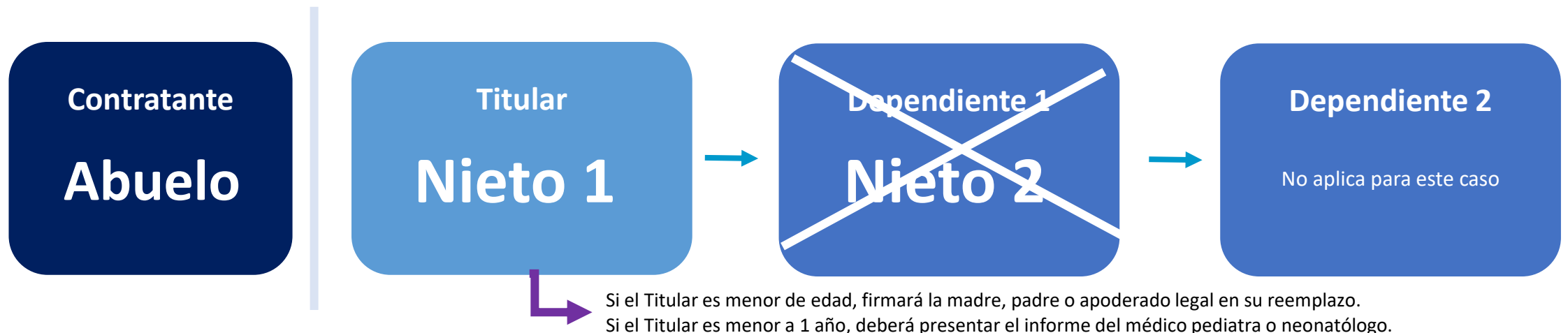
... Una empresa quiere contratar un seguro de Salud para su Gerente General?



Ejemplo 3

¿Cuál sería la figura de la póliza si....

... Un abuelo quiere contratar un seguro de Salud para los dos hijos de su hija?



Ejemplo 3 – Forma correcta

¿Cuál sería la figura de la póliza si....

... Un abuelo quiere contratar un seguro de Salud para los dos hijos de su hija?



Resumen: Condiciones para la contratación

Asegurados: Personas que se benefician de las coberturas del seguro. Edad máxima de ingreso en Salud: 65 años inclusive.



Titular

Cónyuge o
Conviviente

Hijo 1

Hijo 2

+ Hijo 3,
Hijo 4,
Hijo 5,
Hijo n ...

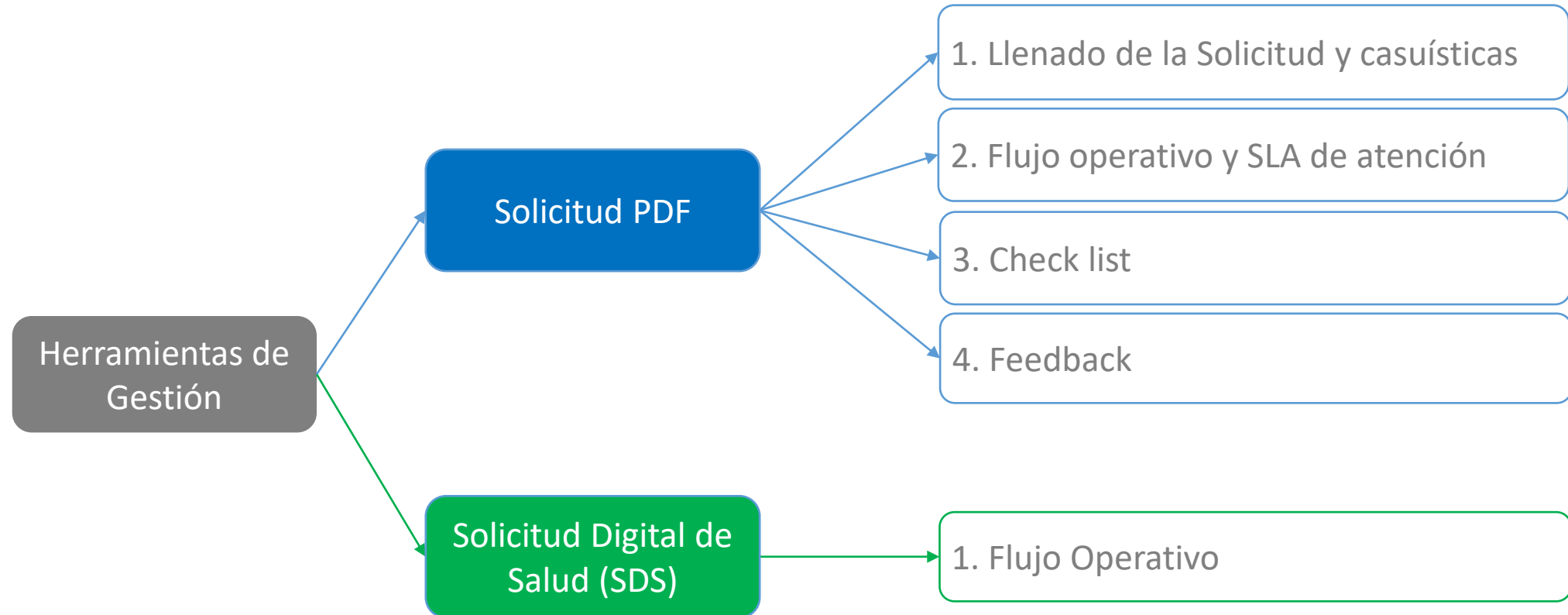
La declaración es opcional



Consideraciones:

- Si el contratante desea factura electrónica, deberá consignar un RUC en la solicitud en el campo de "Contratante".
- El Contratante no tiene que ser un Asegurado.
- Si el Titular es menor de edad, la solicitud será firmada por el padre, madre o apoderado legal en su reemplazo.
- Si el Titular tiene menos de 1 año de vida, deberá presentar el informe del médico pediatra o neonatólogo.
- **Extra:** El dependiente en calidad de "Hijastro" podrá estar en la póliza siempre que la madre o padre también se encuentre dentro de la misma.

Herramientas de gestión

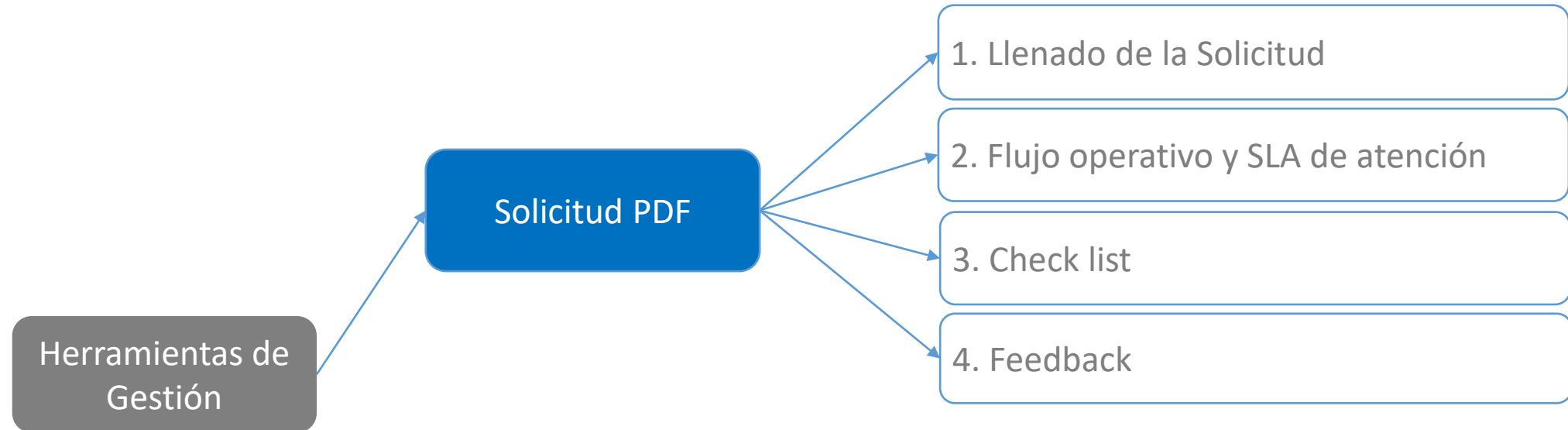


Operaciones de Salud

• José Lloclla y
Martín Juscamaíta



Herramientas de gestión



1. Proceso de llenado de la solicitud en PDF

Llenar las siguientes secciones:

1. Fecha de solicitud
(*) Debe ser lo más actualizado posible.
2. Motivo de la solicitud
3. Observaciones relevantes en la solicitud
(*) Opcional.
4. ¿Qué tipo de seguro deseas contratar?
5. Datos del Titular
6. Datos de los Dependientes
(*) Dependiente: Cónyuge o conviviente e hijos.
7. Datos del Contratante
8. Declaración Jurada de Salud (11 preguntas).
9. Continuidad de Preexistencias
(*) Declarar siempre aun cuando sea con Pacífico.

pacífico seguros

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD CORREDORES

1. Fecha de solicitud: dd/mm/aaaa

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

3. OBSERVACIONES RELEVANTES EN LA SOLICITUD

4. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?

5. DATOS DEL TITULAR

6. DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR ASSEGURAR (CÓNYUGE/CONVIVIENTES/HIJOS)

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

pacífico seguros

7. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (11 PREGUNTAS)

8. CONTINUIDAD DE PREEXISTENCIAS

pacífico seguros

9. CONTINUIDAD DE PREEXISTENCIAS

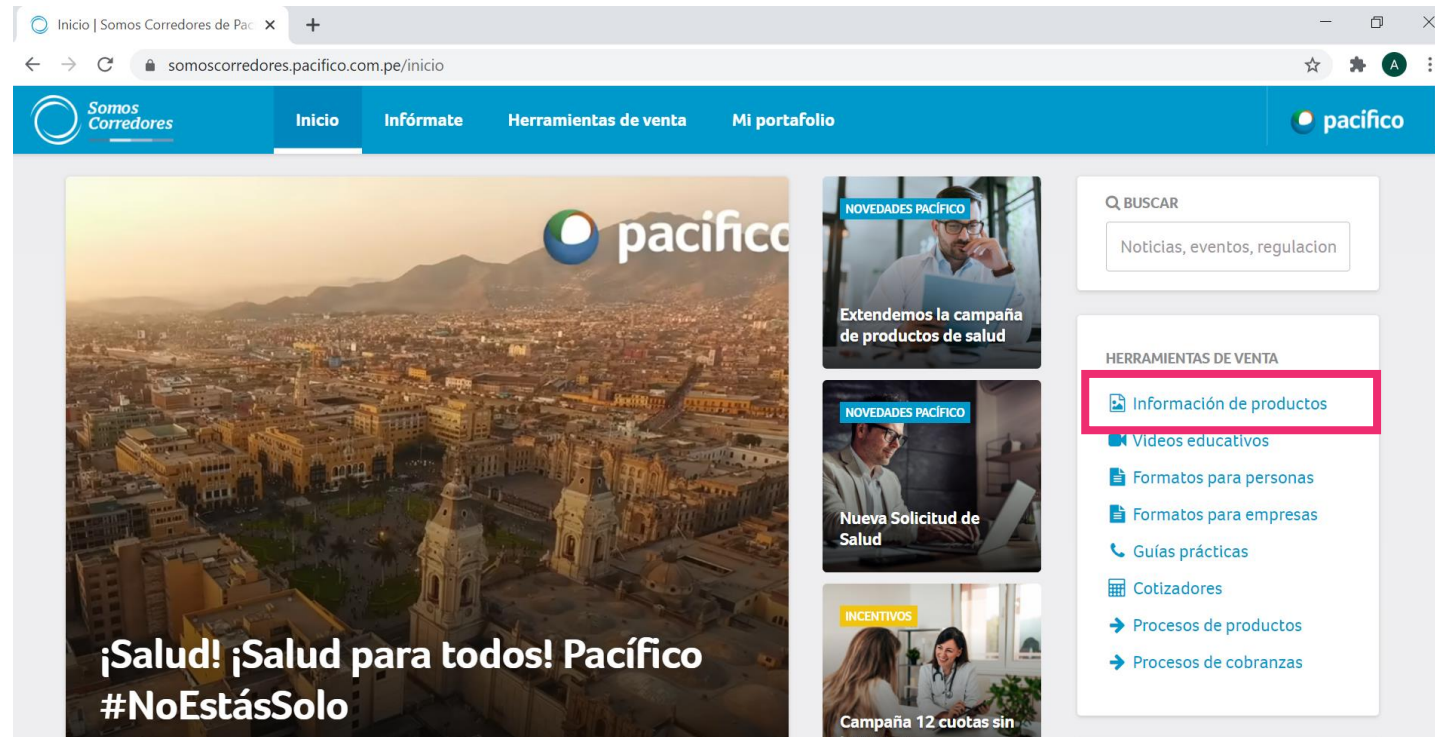
15. Firma del contratante

[illegible]

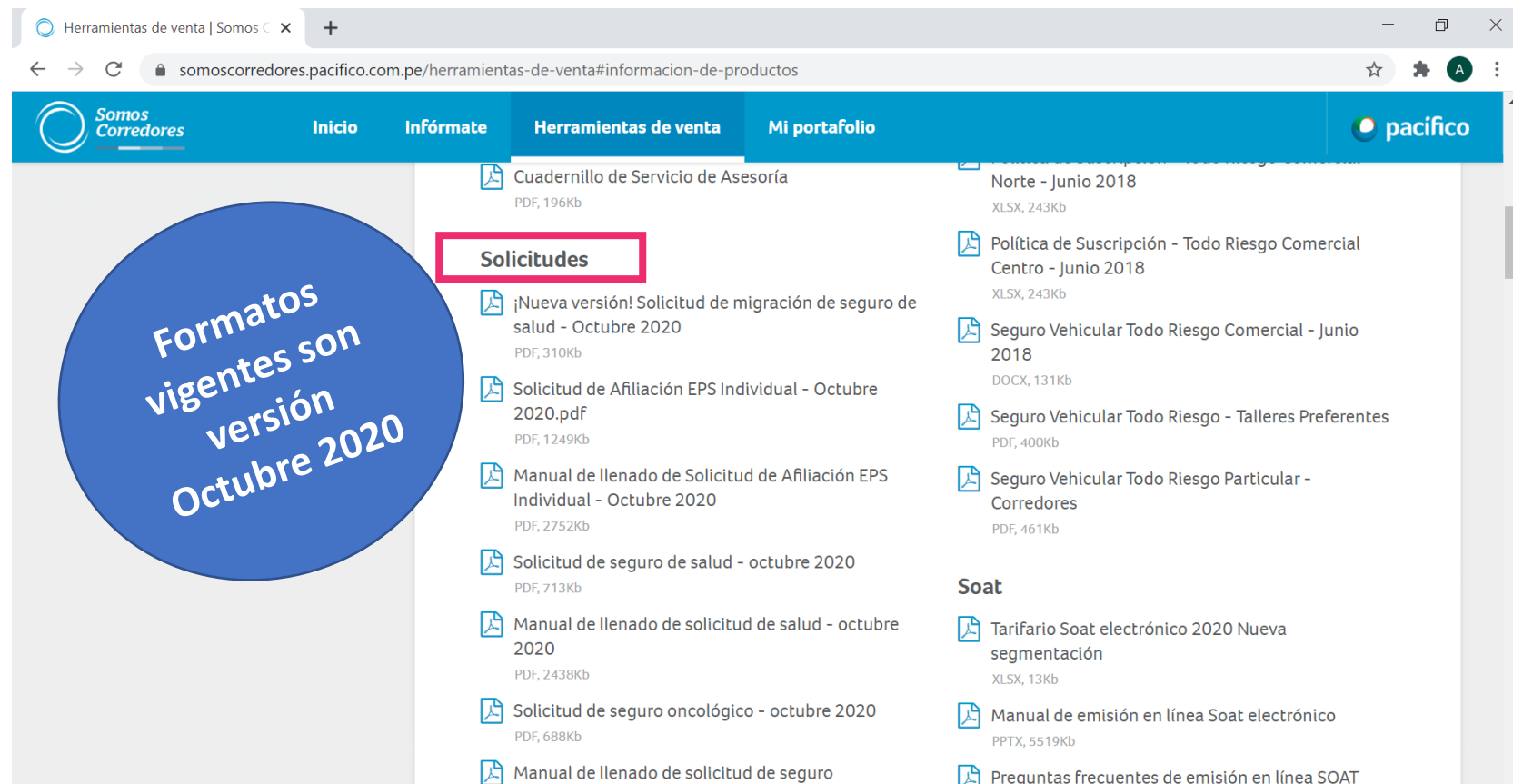
¿Sabes dónde puedes encontrar las solicitudes vigentes?

Portal de Somos Corredores

www.somoscarrredores.pacifico.com.pe



Aquí encuentras las solicitudes más actualizadas



Herramientas de venta | Somos Corredores

somoscorredores.pacifico.com.pe/herramientas-de-venta#informacion-de-productos

Somos Corredores Inicio Infórmate **Herramientas de venta** Mi portafolio **pacifico**

Formatos vigentes son versión Octubre 2020

Solicitudes

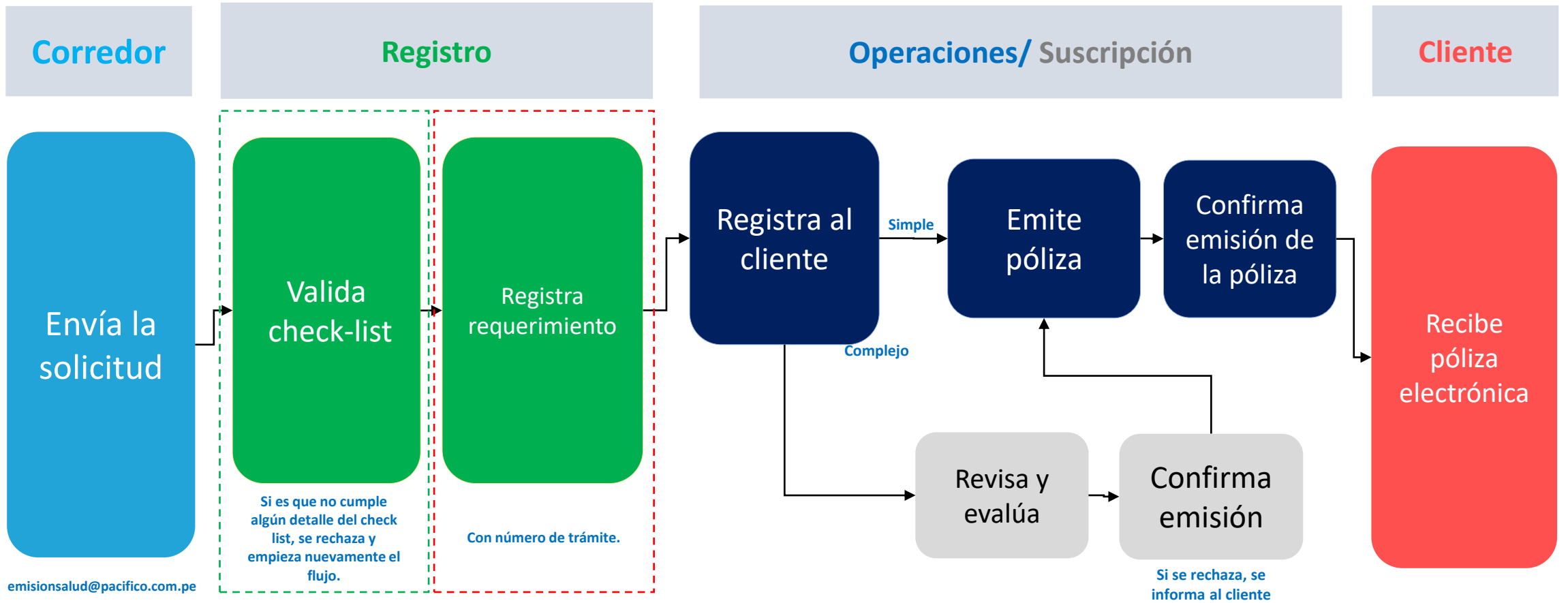
- Cuadernillo de Servicio de Asesoría
PDF, 196Kb
- ¡Nueva versión! Solicitud de migración de seguro de salud - Octubre 2020
PDF, 310Kb
- Solicitud de Afiliación EPS Individual - Octubre 2020.pdf
PDF, 1249Kb
- Manual de llenado de Solicitud de Afiliación EPS Individual - Octubre 2020
PDF, 2752Kb
- Solicitud de seguro de salud - octubre 2020
PDF, 713Kb
- Manual de llenado de solicitud de salud - octubre 2020
PDF, 2438Kb
- Solicitud de seguro oncológico - octubre 2020
PDF, 688Kb
- Manual de llenado de solicitud de seguro

- Norte - Junio 2018
XLSX, 243Kb
- Política de Suscripción - Todo Riesgo Comercial Centro - Junio 2018
XLSX, 243Kb
- Seguro Vehicular Todo Riesgo Comercial - Junio 2018
DOCX, 131Kb
- Seguro Vehicular Todo Riesgo - Talleres Preferentes
PDF, 400Kb
- Seguro Vehicular Todo Riesgo Particular - Corredores
PDF, 461Kb

Soat

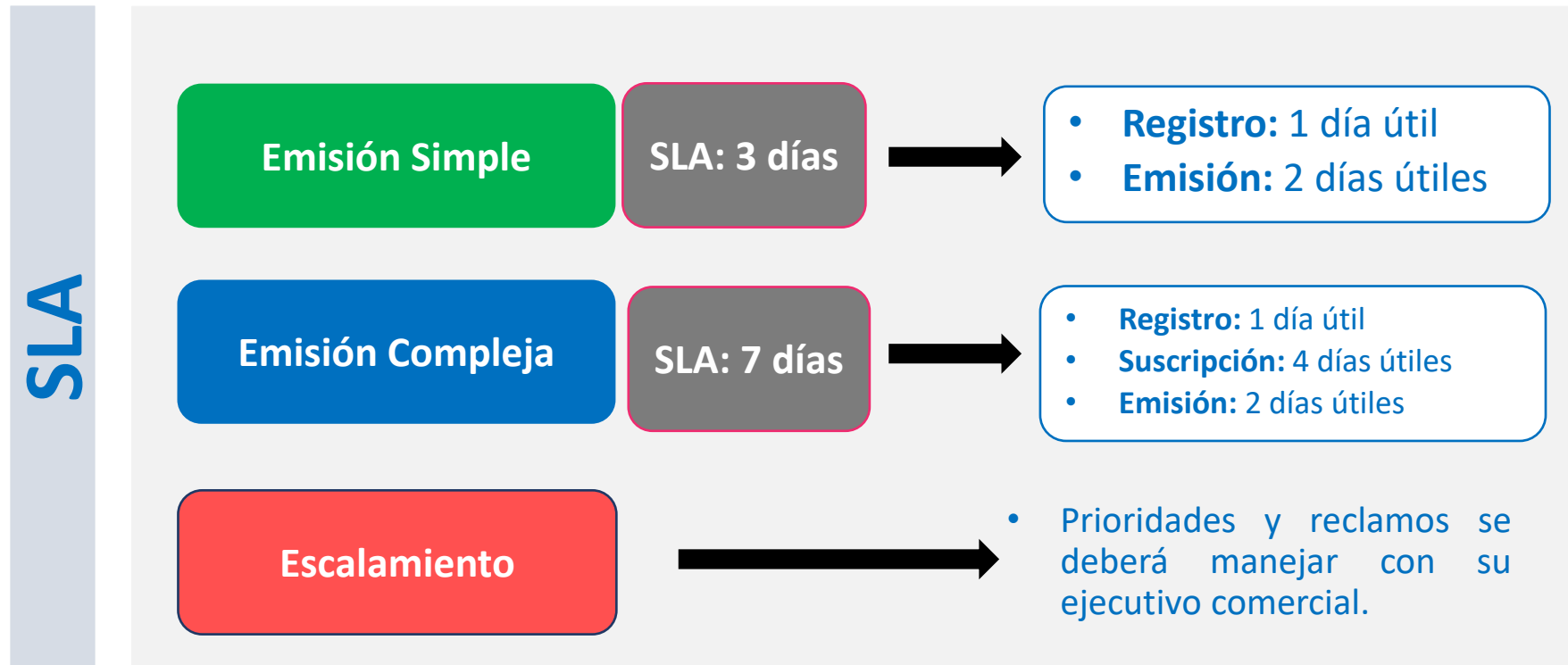
- Tarifario Soat electrónico 2020 Nueva segmentación
XLSX, 13Kb
- Manual de emisión en línea Soat electrónico
PPTX, 5519Kb
- Preguntas frecuentes de emisión en línea SOAT

2.1 Flujo operativo



2.2 SLA de Operaciones

(Service Level Agreement)



Los plazos se computan desde la fecha de envío de la solicitud correctamente llenada al Buzón de Emisión Salud. Se cuenta con un plazo máximo de 15 días para brindar una respuesta al cliente (no necesariamente emisión de la póliza).

3.1. Check list

- Lista de verificación de requerimientos previo al registro de una solicitud en formato Excel.

Autoguardado Checklist Venta Nueva AMED 30.05 - Excel Buscar Arantxa Ximena Abanto Pinheyros

Archivo Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda Compartir Comentarios

Portapapeles Fuente Calibri 11 Alineación Número General Estilos Celdas Insertar Eliminar Formato Edición Ideas Ideas Confidencialidad Clasificación manual Protección de datos

G42

CheckList VENTA NUEVA		MARCA	COMENTARIO
I	Formulario	No vigente	
II	Fecha	No tiene fecha No cumple regla 30 días : La fecha de la Solicitud de Afiliación debe ser como máximo 30 días antes del envío de la Solicitud. Tiempo puede ser a fecha futura. Faltan datos	
1	Cual es el Motivo de tu Solicitud	No marco opción Marco más de una opción No es preciso	
2	Qué tipo de Seguro deseas contratar??	No marco opción Marco más de una opción No es preciso	
3	Datos del Asegurado Titular	Datos incompletos Borriones o enmendaduras Datos incorrectos	
4	Datos de los dependiente(s) por asegurar	Datos incompletos Borriones o enmendaduras	
5	Datos del Contratante del Seguro	Datos incompletos Borriones o enmendaduras Datos incorrectos	
6	Declaración Jurada de Salud	No marco opción Consentimiento de envío por correo electrónico Borriones o enmendaduras No marca respuesta del 1 al 18	

Hoja1

3.2 Observaciones más frecuentes

Formato tiene que estar vigente

Alguna condición especial como, por ejemplo, descuento o emisión con fecha futura debe estar detallado correo o en este espacio de la solicitud para ser considerado.

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

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD CORREDORES

Octubre 2020

1. ¿CUÁL ES EL MOTIVO DE TU SOLICITUD?

Póliza nueva ☐ Cambio de seguro ☐ Inclusión de dependiente(s) ☐

En caso de cambio de seguro o inclusión de dependientes, por favor incluye el N° de Póliza _____

2. OBSERVACIONES RELEVANTES EN LA SOLICITUD

3. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?

	Seguro	Plan de Resguardo
Medicvida Internacional	Plan deducible anual por persona: ☐ S/ 0 ☐ S/ 15,000	Con deducible anual de: ☐ \$ 10,000
Medicvida Nacional	☐	☐ S/ 15,000
Multisalud	☐	☐ S/ 15,000
Red Preferente	☐	☐ S/ 15,000

Importante: La edad máxima de ingreso al seguro solicitado es hasta los **65 años** inclusive.

La fecha de la solicitud de afiliación debe ser como máximo **30 días antes** del envío de la solicitud. Tampoco puede ser a fecha futura.

¡Evitemos rechazos de las solicitudes coteja antes de enviar con el checklist!

3.2 Observaciones más frecuentes

4. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		
DNI ☐ CE ☐ PAS ☐	Sexo M ☐ F ☐	Fecha de Nac.	Peso (Kg)	Estatura (m)	Nacionalidad	
Dirección					Distrito	

Importante: La forma de pago elegida se aplicará a esta y las próximas vigencias de la póliza, salvo que el Contratante nos solicite algún cambio.
 * El Solicitante debe firmar la autorización para el débito automático que se anexa a esta solicitud.

10. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS	
Nombre	Código
Correo electrónico	Celular

5	Parentesco con el titular Seleccionar	DNI ☐ CE ☐ PAS ☐	Sexo M ☐ F ☐	Peso (Kg)	Estatura (m)	Nacionalidad	Fecha de Nac.
4	Apellido paterno	Apellido materno		Nombres			
4	Parentesco con el titular Seleccionar	DNI ☐ CE ☐ PAS ☐	Sexo M ☐ F ☐	Peso (Kg)	Estatura (m)	Nacionalidad	Fecha de Nac.

Se debe declarar correctamente todos los datos del Titular, dependiente o contratante.
 (Nombre, Apellido, peso, nacionalidad, talla, DNI, correo, celular, entre otros)

Los datos del Corredor son obligatorios
 (Nombre, código, email y teléfono)

¡Evitemos rechazos de las solicitudes coteja antes de enviar con el checklist!

3.2 Observaciones más frecuentes

Presentar solicitud sin borrones,
sin tachones y sin enmendaduras

5. 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 ☐	Peso (Kg)	Estatura (m)	Nacionalidad	Fecha de Nac.
2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				
	Parentesco con el titular Seleccionar	DNI ☐ CE ☐ PAS ☐	Sexo M ☐ F ☐	Peso (Kg)	Estatura (m)	Nacionalidad	Fecha de Nac.
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				

¡Evitemos rechazos de las solicitudes coteja antes de enviar con el checklist!

3.2 Observaciones más frecuentes

Solicitud tiene que estar en un mismo formato uniforme. Digital o Escaneado. **No procede** presentación de solicitud combinada (como el caso del ejemplo).

Hoja 1 digitalizada

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD
CORREDORES
"Mayo 2020"

Fecha de solicitud: 30/06/2020
dd/mm/aaaa

1. ¿CUÁL ES EL MOTIVO DE TU SOLICITUD?

Póliza nueva ☒ Cambio de seguro ☐ Inclusión de dependiente(s) ☐
En caso de cambio de seguro o inclusión de dependientes, por favor incluye el N° de Póliza _____

2. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?

	Seguro	Plan de Resguardo
Medicvida Internacional	Plan deducible anual por persona: ☐ S/ 0 ☐ S/ 15.000	Con deducible anual de: ☐ \$ 10.000 ☐ \$ 15.000
Medicvida Nacional	☒	☐ S/ 15.000 ☐ S/ 15.000
Multisalud	☐	☐ S/ 15.000
Red Preferente	☐	☐ S/ 15.000

Importante: La edad máxima de ingreso al seguro solicitado es hasta los **65 años** inclusive.

3. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres

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

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Parentesco con el titular	DNI	CE	PAS	Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Fecha de Nac.
1							M ☐ F ☐				
2							M ☐ F ☐				
3							M ☐ F ☐				
4							M ☐ F ☐				

Hoja 4 escaneada

Pacífico Seguros
Calle 100 No. 100-100, Bogotá, D.C. (Colombia)
www.pacifico.com.co

pacífico seguros

B. INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA (MONTOS DE PAGO)

Declaro que he sido informado 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.

Importante: Las primas podrán estar sujetas a un recargo debido a las condiciones médicas declaradas en esta solicitud. En ese caso, se le informará al solicitante para que manifieste su aceptación antes de proceder a la emisión de la póliza.

Débito automático*

- ☐ Contado (1 cuota)
☐ 4 cuotas sin intereses
☐ 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)
☐ 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)
☐ 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 8%)

Cupones

- ☐ Contado (1 cuota)
☐ 4 cuotas sin intereses
☐ 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
☐ 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
☒ 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)

Importante: La forma de pago elegida se aplicará a esta y las próximas vigencias de la póliza, salvo que el contratante manifieste algún cambio.
*El solicitante debe firmar la autorización para el débito automático que aparece a continuación.

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 5, 6 y 7 de la solicitud de salud.

Nombres y apellidos: Cristian Gonzalo Pesantes Calderón

(La firma debe coincidir con la que aparece en el DNI)

* En caso que el titular sea menor de edad, el representante del seguro deberá ser el padre que ejerce la patria potestad, quien en su representación deberá firmar la presente solicitud, de acuerdo con lo establecido en los artículos 42°, 43° y 423° 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 507°, 520° y 521° del Código Civil Peruano.

PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SUC. 20132970411.
Oficina principal: Torre Pacífico, Av. Juan de Avendaño 830, San Isidro 71511513-3000.

¡Evitemos rechazos de las solicitudes coteja antes de enviar con el checklist!

3.2 Observaciones más frecuentes

La firma debe realizar en el programa Adobe Acrobat. También puede presentar solicitud imprimiendo, firmando a mano y escaneando todas las hojas.

No debe presentar la solicitud con firma pegada.

Nombres y apellidos: LIDIA JESICA SILVA RUIZ


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

Hola Luz

Por favor, que el cliente envíe la corrección por correo.

El correo debe ser el que declara en la solicitud.

¡Evitemos rechazos de las solicitudes coteja antes de enviar con el checklist!

3.2 Observaciones más frecuentes

Debe existir consistencia entre lo solicitado en correo y en la solicitud

3. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?		
	Seguro	Plan de Resguardo
Medicvida Internacional	Plan deducible anual por persona: ☒ S/ 0 ☐ S/ 15,000	Con deducible anual de: ☐ \$ 10,000
Medicvida Nacional	☐	☐ S/ 15,000
Multisalud	☐	☐ S/ 15,000
Red Preferente	☐	☐ S/ 15,000

Correo

Mucho agradecería emitir la póliza MEDIC VIDA NACIONAL, con continuidad, en 12 cuotas

¡Evitemos rechazos de las solicitudes coteja antes de enviar con el checklist!

3.2 Otras observaciones más frecuentes

Firma del contratante en la solicitud en lugar del Titular.

En caso de alguna excepción, es indispensable adjuntar el VB.

Debe tener la ficha de debito automático llenado, en caso marquen dicha opción.

Si el asegurado es un menor de edad, la solicitud debe estar firmada por el apoderado.

Marca varias opciones en Motivo de Solicitud, Tipo de Seguro, Declaración Jurada de Salud, Fraccionamiento.

¡Evitemos rechazos de las solicitudes coteja antes de enviar con el checklist!

¿Quién atiende mi requerimiento?



EmisionSalud@pacifico.com.pe

- Venta nueva simple y compleja.
- Cambio de plan.
- Renovaciones.
- Cambio de inicio o fin de vigencia.
- Fallecimiento de Titular.
- Exclusión de dependientes.



AtencionAlCorredor@grupopacifico.com.pe

- Aplicaciones de pago.
- Fraccionamientos.
- Envío de Constancia de Salud (disponible en MEP).
- Carta de no adeudo.
- Envío de constancia con cobertura COVID-19.
- Opción de continuidad.
- Gestión de devolución de pagos.
- Honra de deuda y desafiliación al debito automático.



SoporteComercialSalud@pacifico.com.pe

- Atención de consultas sobre requerimientos realizados como cambio de agenciamiento, pagos pendientes, cambio de datos.



SolicitudSaludEnEvaluacion@pacifico.com.pe

Exclusivo para comunicación con el cliente y requerimientos en curso.

- Confirmación de asegurabilidad.
- Solicitud de ampliación de diagnósticos.
- Recepción de informes, imágenes, resultados, entre otros.



Portal Somos Corredores

- Afiliación al débito automático.
- Fraccionamiento de cuotas.
- Descargar convenio de pagos/PDFs de la póliza.
- Datos de los comprobantes para que los puedan descargar de las facturas electrónicas.
- Estados de Cuenta.
- Anulaciones e inclusión de dependientes.
- Modificación de datos de contactabilidad del contratante (Teléfono, dirección física y correos electrónico).
- Cambio de Agenciamiento.

Nueva solicitud digital

• Thalía Chávez



Solicitud Digital de Salud (SDS)



Debido a que el buzón de Emisión Salud puede tardar **hasta 3 días en responder** con un número de trámite,



Genera que tú, como corredor, demores en solucionar el requerimiento de nuestros mutuos clientes (registro de firma, un campo que no se completó, etc).



Ahora, para ayudarlos, hemos creado una herramienta digital donde vas a poder emitir en tan solo **7 pasos**.

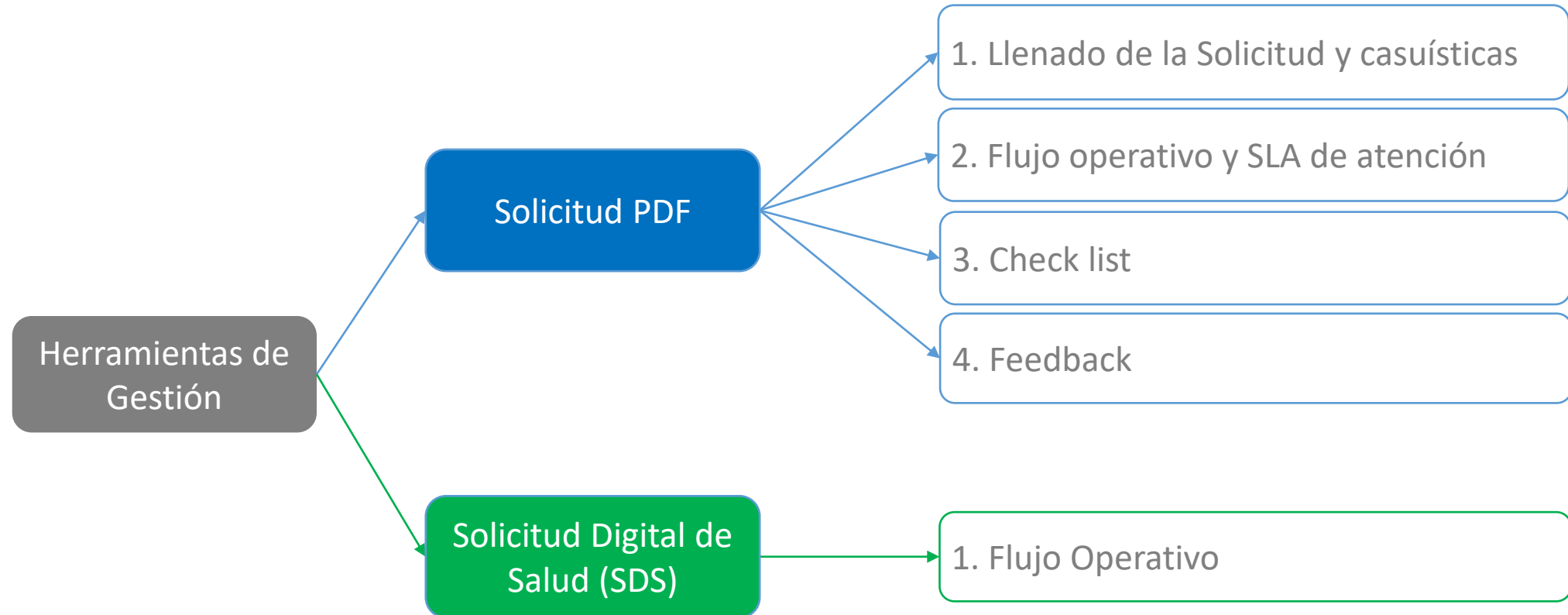
Las bondades de la herramienta son:

- La firma vía token.
- Reducción de tiempos en emisión.
- Evitar rechazos por información incompleta.

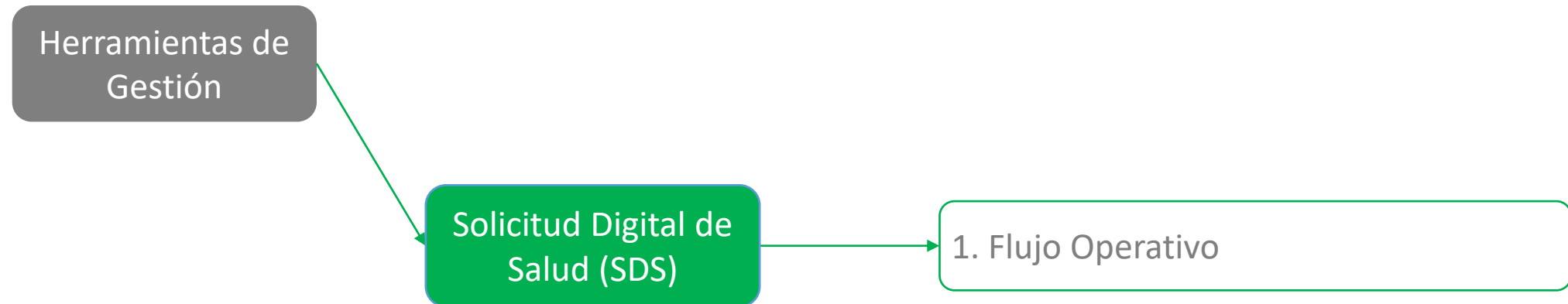


Como Pacifico, desde el Equipo Comercial y de Producto, **te acompañaremos en esta nueva aventura**

Herramientas de gestión



Herramientas de gestión

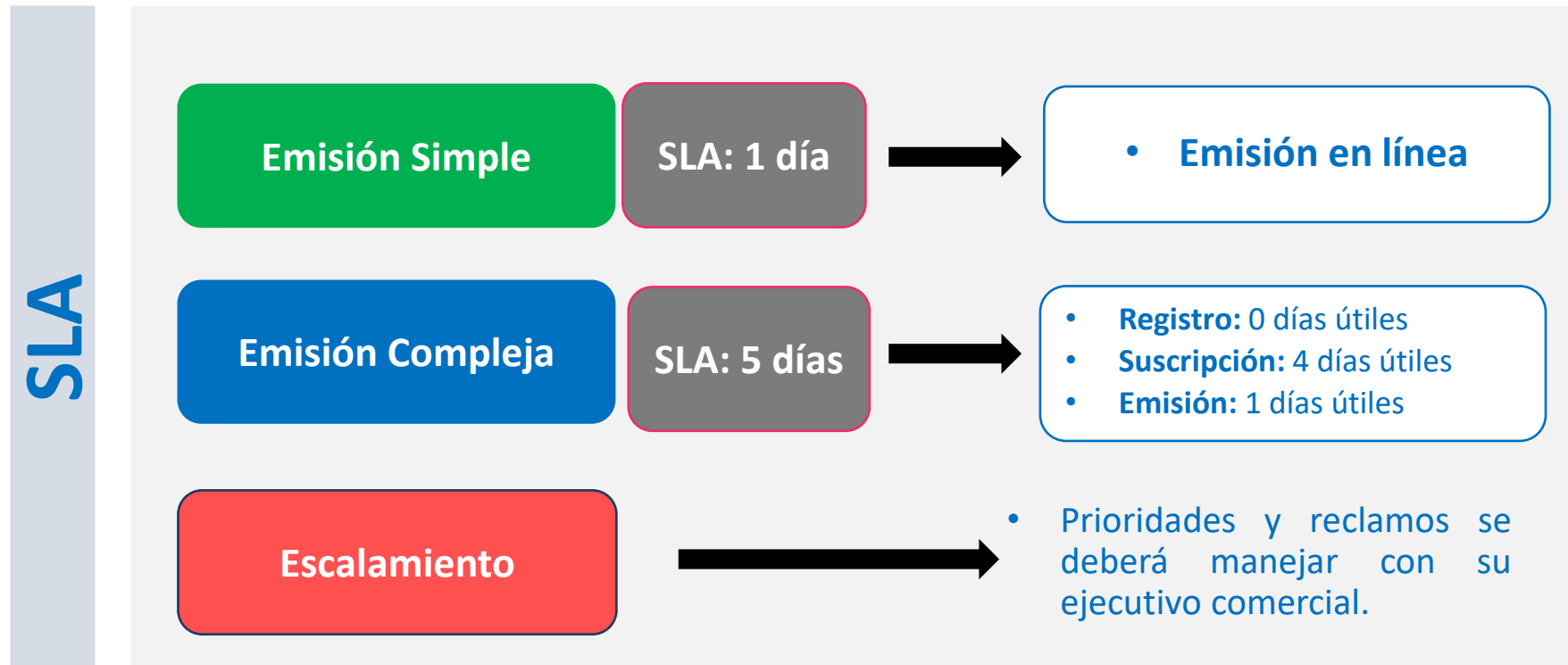


2.1 Flujo operativo



2.2 SLA de Operaciones

(Service Level Agreement)



Los plazos se computan desde la fecha de envío de la solicitud correctamente llenada al Buzón de Emisión Salud. Se cuenta con un plazo máximo de 15 días para brindar una respuesta al cliente (no necesariamente emisión de la póliza).

Solicitud Digital de Salud

• Marlon Coterá





Lanzamiento Solicitud Digital Web

Somos Corredores

PPS/EPS/Vida

Q BUSCAR

Noticias, eventos, regulador

NOVEDADES PACÍFICO

Asegurados y afiliados de salud de Pacífico tendrán 100% de cobertura sin límite ni copagos para atención por COVID-19

ps://somoscorredorescrt.pacificotest.com.pe/#

Honrando nuestro compromiso

NOVEDADES PACÍFICO

Extendemos nuestras promociones especiales hasta julio

NOVEDADES PACÍFICO

Pacífico dona S/ 5 millones para dar protección de vida a nuestros héroes en la lucha contra el COVID-19

HERRAMIENTAS DE VENTA

Información de productos

Videos educativos

Formatos para personas

Formatos para empresas

Guías prácticas

Cotizadores

Procesos de productos

Procesos de cobranzas



Acceso a Solicitud Digital

Botón
"Crear prospecto"

Mi Cartera > Lista

Nuevo 2 En proceso 0 Suscripción 0 Cliente 0 Sin interés 0

Filtrar

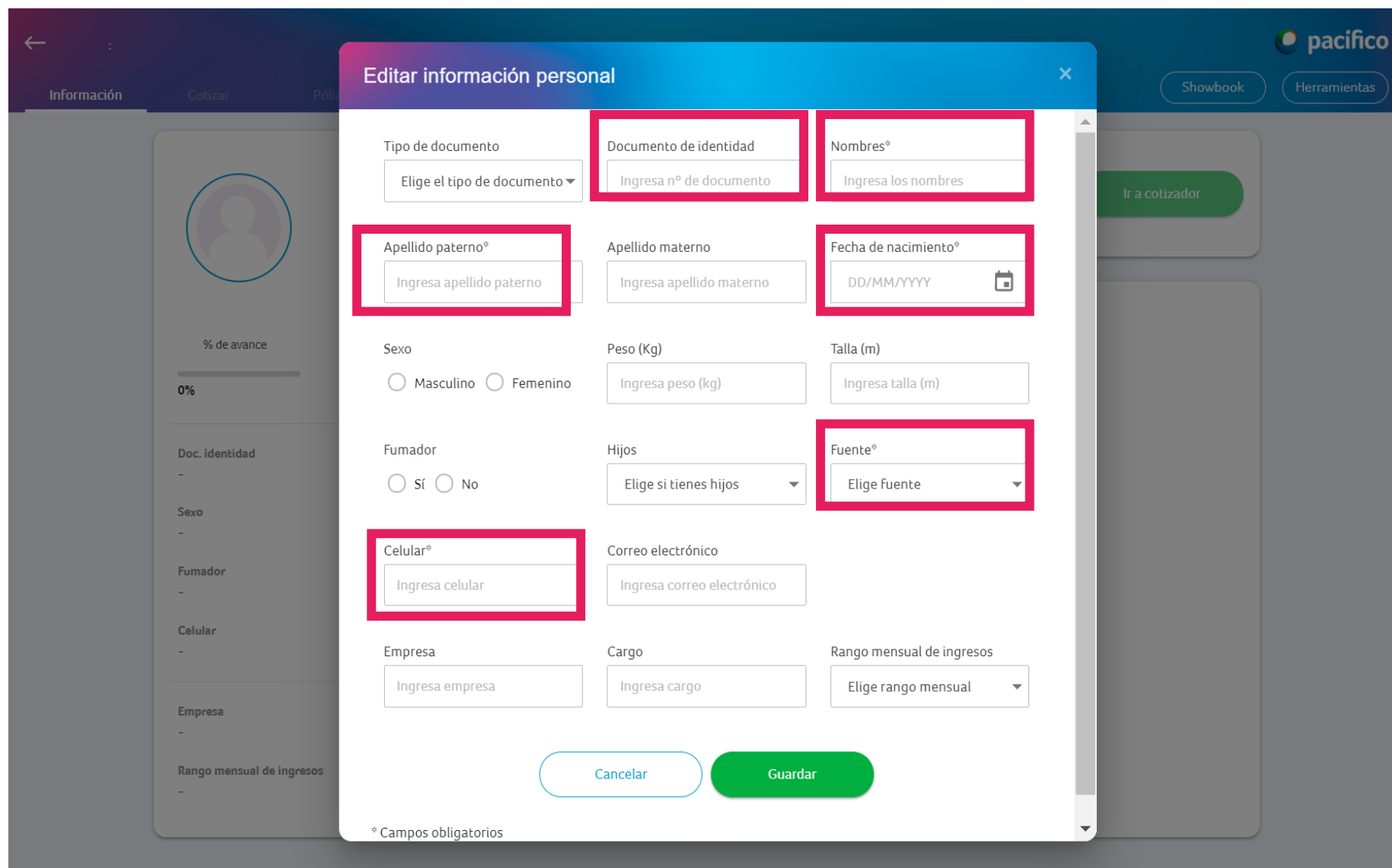
Crear prospecto

(2 registros)...

Nombres y Apellidos	F. creación / asignación	Edad	Fuente	Producto	F. estimado de cierre	% Avance	Estado
 isabel fernandez garrido	06/01/21	32	ADN	-	06/01/21	25%	Nuevo 
 luis caceres torres	06/01/21	32	ADN	-	06/01/21	25%	Nuevo 

Crear Prospecto Información personal

- Ingresar los datos del cliente, como: DNI, nombre, apellido paterno, fuente y teléfono



Editar información personal

Tipo de documento: Documento de identidad (Ingresar n° de documento)

Nombres*: Ingresar los nombres

Apellido paterno*: Ingresar apellido paterno

Apellido materno: Ingresar apellido materno

Fecha de nacimiento*: DD/MM/YYYY

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Peso (Kg): Ingresar peso (kg)

Talla (m): Ingresar talla (m)

Fumador: ☐ Sí ☐ No

Hijos: Elige si tienes hijos

Fuente*: Elige fuente

Celular*: Ingresar celular

Correo electrónico: Ingresar correo electrónico

Empresa: Ingresar empresa

Cargo: Ingresar cargo

Rango mensual de ingresos: Elige rango mensual

[Cancelar](#) [Guardar](#)

* Campos obligatorios

Prospecto Creado Información

- Se puede editar
información del
prospecto

← Carlos Perez DNI: 45678909

Información

Cotizar

Póliza

Showbook

Herramientas



Nombres
Carlos

Apellido Paterno
Perez

Apellido Materno
-

% de avance

25%

Doc. identidad DNI-45678909	F. de nacimiento 01/01/1990	Edad 30
Sexo Femenino	Peso (kg) -	Talla (m) -
Fumador No	Hijos No	Fuente Referido
Celular 999999998	Correo electrónico -	
Empresa -	Cargo -	
Rango mensual de ingresos Menor a S/ 8.000		

Editar

Ya puedes cotizar la
información ingresada!

Ir a cotizador

Notas y tareas



Listado de prospectos

Somos Corredores | Pólizas | Clientes ▾ | Emisión en Línea ▾

Mi Cartera > Lista

Nuevo 2 | En proceso 0 | Suscripción 0 | Cliente 0 | Sin interés 0

Filtrar | Crear prospecto

(2 registros)...

Nombres y Apellidos	F. creación / asignación	Edad	Fuente	Producto	F. estimado de cierre	% Avance	Estado	
isabel fernandez garrido	06/01/21	32	ADN	-	06/01/21	25%	Nuevo	Ir a perfil de cliente
luis caceres torres	06/01/21	32	ADN	-	06/01/21	25%	Nuevo	

En cada prospecto se detalla los datos principales, para más detalle “Ir a perfil de cliente”

En cada prospecto se podrá visualizar el porcentaje de avance

- 25%: Nuevo
- 50%: Envío de Cotización
- 75%: Llenado de Solicitud
- 100%: Venta

Somos Corredores

PPS/EPS/Vida

Q BUSCAR

Noticias, eventos, regulador

NOVEDADES PACÍFICO

Asegurados y afiliados de salud de Pacífico tendrán 100% de cobertura sin límite ni copagos para atención por COVID-19

ps://somoscorredorescrt.pacificotest.com.pe/#

Honrando nuestro compromiso

NOVEDADES PACÍFICO

Extendemos nuestras promociones especiales hasta julio

NOVEDADES PACÍFICO

Pacífico dona S/ 5 millones para dar protección de vida a nuestros héroes en la lucha contra el COVID-19

HERRAMIENTAS DE VENTA

Información de productos

Videos educativos

Formatos para personas

Formatos para empresas

Guías prácticas

Cotizadores

Procesos de productos

Procesos de cobranzas



ADN Web

ADN Salud

• Completar la información

1. Historial
2. Necesidades

*Llenar el ADN Salud es opcional: Sirve para ofrecer un producto de acuerdo a las necesidades del cliente

Si se quiere hacer una cotización rápida sin ADN, indicar de que no contaba con seguro antes y dar click a continuar

ADN Salud



Historial

Seguro previo

-



Editar



Necesidades

1. Recibe tratamiento complejo

-

2. Médico de preferencia

-

3. Viajero frecuente

-

4. Busca cobertura internacional

-

5. Clínicas de preferencia

-



Editar

Clínicas de preferencia

1. -

2. -

3. -



Productos de salud

1.



Datos de contacto

Números de contacto

Direcciones de contacto

Correos electrónicos

Tipo de contacto

Área

Número

Anexo

-

-

-

-

ADN Salud

1. Historial

Si seleccionas “Si tengo” completa los campos.

Si Seleccionas “No cuento” El campo Necesidades no se activará

*Si se escoge hacer una cotización rápida, se debe marcar “No cuento”

ADN Salud

Historial

Seguro previo

-

Necesidades

1. Recibe tratamiento

-

4. Busca cobertura int

-

Clínicas de prefer

1. -

Productos de salu

1.

Datos de contacto

Números de contacto

Direcciones de contacto

Correos electrónicos

Tipo de contacto

Área

Número

Anexo

-

-

-

-

Editar historial

¿Cuentas o has contado con algún Plan o Seguro de salud?

☐ Si tengo ☐ No cuento, ni he contado

¿Con cual compañía?

☐ Pacífico ☐ Otros

¿Qué tipo de cobertura?

☐ EPS ☐ Asistencia médica ☐ Otros

¿Tienes esa cobertura actualmente?

☐ Sí, lo tengo actualmente

Cancelar Guardar

ADN Salud

2. Necesidades

Si Seleccionas “No
cuento” El campo
Necesidades no se
activará

999999998 maria.saavedra@pacificovida.com.pe

Empresa: BCP Cargo: Gerente

Rango mensual de ingresos: Mayor a S/ 8.000

ADN Salud

- Historial**
 - Seguro previo: Si tengo
 - Compañía: Otros
- Necesidades**
 - 1. Recibe tratamiento: -
 - 4. Busca cobertura int: -
 - Clinicas de preferencia**
 - 1. -
- Productos de salud**
 - 1.
- Datos de contacto**

Editar necesidades

¿Recibes algún tratamiento complejo?

☐ Si ☒ No

¿Viajas con frecuencia al exterior?

☐ Si ☒ No

¿Te gustaría recibir atención médica fuera del Perú?

☒ Si ☐ No

¿Tienes algún médico de preferencia que no trabaje con seguros?

☐ Si ☒ No

¿En cuáles clínicas te atienden o te gustaría atenderte?

Clínica de preferencia 1	Clínica de preferencia 2	Clínica de preferencia 3
Elige la clínica	Elige la clínica	Elige la clínica

3. Grupo Familiar

(+ **Agregar**

ADN Salud

3. Grupo Familiar

Datos de contacto

Números de contacto

Dirección

DEAN VALDIVIA

Grupo Familiar

Parentesco	Nombres
-	-

Referidos

Tipo	Nombres
-	-

Agregar grupo familiar

Parentesco

Elige parentezco

Tipo de documento

Elige el tipo de documento

Documento de identidad

Ingresa n° de documento

Nombres*

Ingresa los nombres

Apellido paterno*

Ingresa apellido paterno

Apellido materno*

Ingresa apellido materno

Fecha de nacimiento*

DD/MM/YYYY

Sexo

☐ Masculino ☐ Femenino

Peso(kg)

Ingresa peso

Talla(m)

Ingresa talla

Fumador

☐ Sí ☐ No

* Campos obligatorios

Cancelar

Agregar

Somos Corredores

PPS/EPS/Vida

Q BUSCAR

Noticias, eventos, regulador

NOVEDADES PACÍFICO

Asegurados y afiliados de salud de Pacífico tendrán 100% de cobertura sin límite ni copagos para atención por COVID-19

ps://somoscorredorescrt.pacificotest.com.pe/#

Honrando nuestro compromiso

NOVEDADES PACÍFICO

Extendemos nuestras promociones especiales hasta julio

NOVEDADES PACÍFICO

Pacífico dona S/ 5 millones para dar protección de vida a nuestros héroes en la lucha contra el COVID-19

HERRAMIENTAS DE VENTA

Información de productos

Videos educativos

Formatos para personas

Formatos para empresas

Guías prácticas

Cotizadores

Procesos de productos

Procesos de cobranzas



Cotizador

Botón Cotizador

Llenado el ADN se activa el botón del Cotizador

El botón del Cotizador también se activará si se escoge hacer una cotización rápida (se debe marcar "No cuento")

← Carlos Perez Perez DNI: 45678909

Información

Cotizar

Póliza

Showbook Herramientas



Nombres

Carlos

Apellido Paterno

Perez

Apellido Materno

Perez

% de avance

25%

Doc. identidad

DNI-45678909

F. de nacimiento

01/01/1990

Edad

30

Sexo

Masculino

Peso (kg)

89

Talla (m)

1.80

Fumador

No

Hijos

No

Fuente

Referido

Celular

999999998

Correo electrónico

maria.saavedra@pacificovida.com.pe

Empresa

BCP

Cargo

Gerente

Rango mensual de ingresos

Mayor a S/ 8.000

Ya puedes cotizar la información ingresada!

Ir a cotizador

Notas y tareas



Cotizador

← Carlos Perez Perez DNI: 45678909

Información

Cotizar

Póliza

Showbook

Herramientas

Seguros Integrales

Precio: Por 1 asegurados

Editar

• Editar el numero de asegurados

• Elegir el producto a cotizar

Red Preferente

Ver detalle →

Pago mensual de

S/ 197.60

Plan único

Más de **120 clínicas** nacionales

S/ 3'200,000.00

Cobertura máxima anual

Plan Resguardo

Mi Espacio Pacífico

Teleorientación - Dr. Online

Cotizar

Multisalud

Ver detalle →

Pago mensual de

S/ 254.38

Plan único

Más de **220 clínicas** nacionales

S/ 5'000,000.00

Cobertura máxima anual

Asistencia al viajero (emergencias)

Plan Resguardo

Mi Espacio Pacífico

Teleorientación - Dr. Online

Cotizar

Medicvida Nacional

Ver detalle →

Pago mensual de

S/ 355.77

Plan único

Más de **230 clínicas** nacionales
Red BANMÉDICA (Chile y Colombia)

S/ 9'600,000.00

Cobertura máxima anual

Reembolso

Asistencia al viajero (emergencias)

Plan Resguardo

Mi Espacio Pacífico

Teleorientación - Dr. Online

Cotizar

Medicvida Internacional

Ver detalle →

Pago mensual de

S/ 736.51

Plan sin deducible

Más de **230 clínicas** nacionales y 5000 internacionales

\$ 4'000,000.00

Cobertura máxima anual

Atención médica internacional

Reembolso

Asistencia al viajero (emergencias)

Plan Resguardo

Mi Espacio Pacífico

Teleorientación - Dr. Online

Cotizar

Cotizador

- Elegir Forma de Pago y “aceptar cotización”

← Carlos Perez Perez DNI: 45678909

Información Cotizar Póliza

Showbook Herramientas

Asegurados > Multisalud

Nombres y Apellidos	Incluir asegurados	Elegir titular
Carlos Perez Perez	☒	☒

Agregar asegurados +

Los asegurados que conformarán la póliza son:
El(la) titular (31) años

Formas de pago Titular: 31 años

Prima (monto anual)	Cuotas	Débito automático	Elegir forma de pago
S/ 2,935.00	PAGO AL CONTADO CUOTA	Si	☒
S/ 2,935.00	PAGO AL CONTADO CUOTA	No	☐
S/ 509.82	06 CUOTAS IGUALES TEA 17.5%	No	☐
S/ 733.75	04 CUOTAS IGUALES SIN INTERESES	Si	☐
S/ 733.75	04 CUOTAS IGUALES SIN INTERESES	No	☐
S/ 265.32	12 CUOTAS IGUALES TEA 17.5%	No	☐
S/ 254.38	12 CUOTAS IGUALES TEA 8%	Si	☐
S/ 303.28	10 CUOTAS IGUALES TEA 8%	Si	☐
S/ 498.99	06 CUOTAS IGUALES TEA 8%	Si	☐

Volver a cotizar Aceptar cotización

Cotizador

- Se activan 3 opciones
- Además puedes volver a cotizar

← Carlos Perez Perez DNI: 45678909

Información

Cotizar

Póliza

Showbook Herramientas

Resumen de la cotización

Prima total anual: S/ 2,992.94

Formas de pago: 12 CUOTAS IGUALES TEA 8%

Monto de la cuota:

S/ 249.41

Asegurados	Edad	Parentesco
Carlos Perez	30	Titular

Volver a cotizar

¡Puedes enviar la cotización por correo!

Enviar por correo

¡Puedes empezar la Solicitud Digital!

Ir a Solicitud Digital

¡Puedes enviar tu prospecto/cliente el link de la Solicitud Digital!

Enviar link

Cotizador

- **Enviar la Cotización al mail del cliente,** se envía pdf resumen de la cotización y folleto del producto elegido

←

Carlos Perez Perez

DNI: 45678909

Información

Cotizar

Póliza

Showbook

Herramientas

Resumen de la cotización

Prima total anual:

S/ 2,992.94

Formas de pago:

12 CUOTAS IGUALES
TEA 8%

Monto de la cuota:

S/ 249.41

Asegurados	Edad	Parentesco
Carlos Perez	30	Titular

Volver a cotizar

¡Puedes enviar la cotización por correo!

Enviar por correo

¡Puedes empezar la Solicitud Digital!

Ir a Solicitud Digital

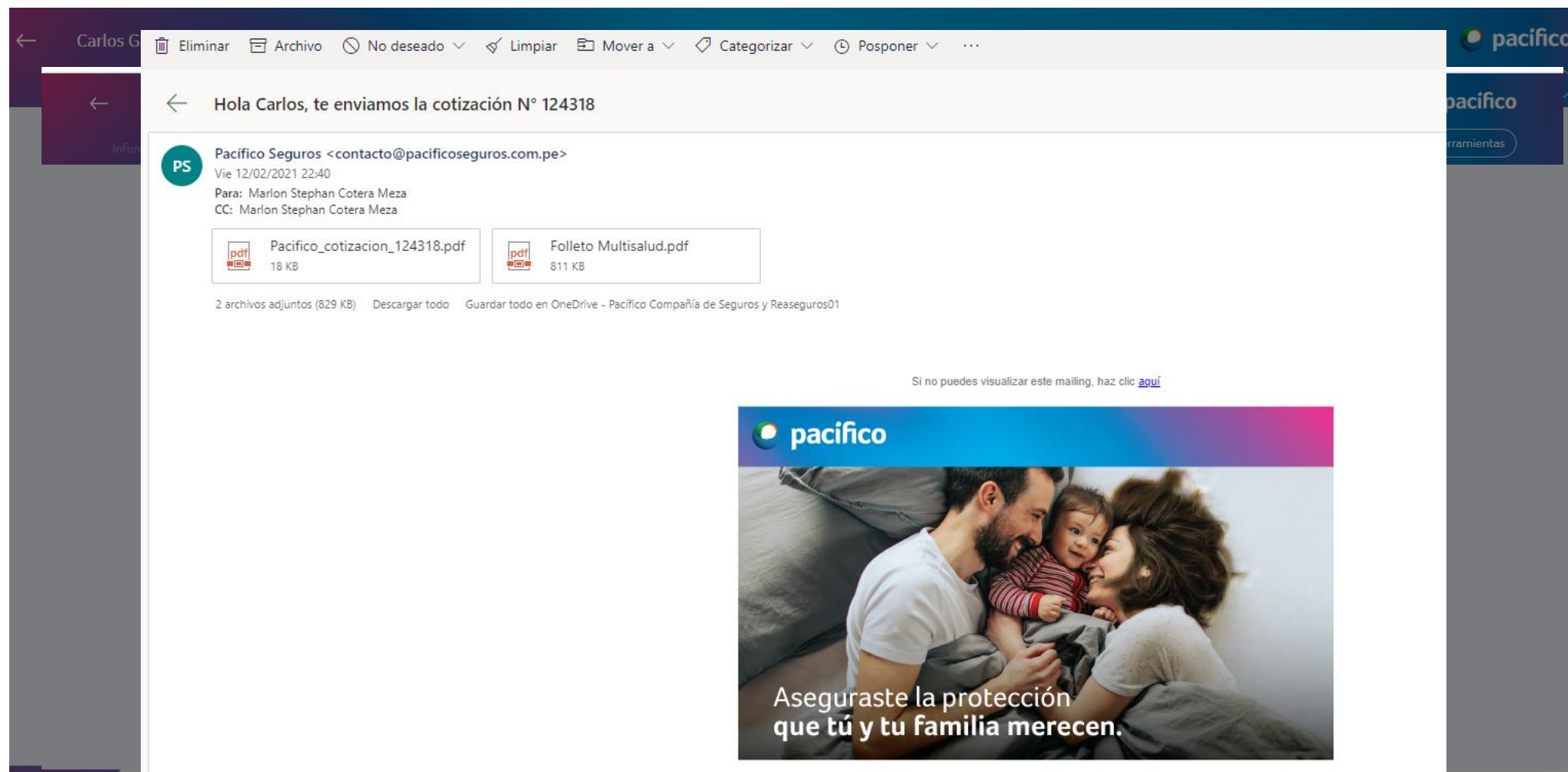
¡Puedes enviar tu prospecto/cliente el link de la Solicitud Digital!

Enviar link

Cotizador



• Cotización en PDF,
con Folleto del
Producto, con
copia al Corredor



Cotizador

- **Enviar link de Solicitud Digital,** se envía el link para que el cliente realice el llenado.

← Carlos Perez Perez DNI: 45678909

pacífico

Información Cotizar Póliza

Showbook Herramientas

Resumen de la cotización

Prima total anual: S/ 2,992.94

Formas de pago: 12 CUOTAS IGUALES TEA 8%

Monto de la cuota: S/ 249.41

Asegurados	Edad	Parentesco
Carlos Perez	30	Titular

Volver a cotizar

¡Puedes enviar la cotización por correo!

Enviar por correo

¡Puedes empezar la Solicitud Digital!

Ir a Solicitud Digital

¡Puedes enviar tu prospecto/cliente el link de la Solicitud Digital!

Enviar link

Cotizador

- Ir a Solicitud Digital, el asesor realiza el llenado hasta la declaración jurada de Salud/Preexistencias.

← Carlos Perez Perez DNI: 45678909

Información Cotizar Póliza

Showbook Herramientas

Resumen de la cotización

Prima total anual: S/ 5,959.71

Formas de pago: 12 CUOTAS IGUALES TEA 8%

Monto de la cuota: S/ 496.64

Asegurados	Edad	Parentesco
Carlos Perez	30	Titular
Maria Garcia	29	Esposo(a)

Volver a cotizar

¡Puedes enviar la cotización por correo!

Enviar por correo

¡Puedes empezar la Solicitud Digital!

Ir a Solicitud Digital

¡Puedes enviar tu prospecto/cliente el link de la Solicitud Digital!

Enviar link

Somos Corredores

PPS/EPS/Vida

Q BUSCAR

Noticias, eventos, regulador

NOVEDADES PACÍFICO

Asegurados y afiliados de salud de Pacífico tendrán 100% de cobertura sin límite ni copagos para atención por COVID-19

ps://somoscorredorescrt.pacificotest.com.pe/#

Honrando nuestro compromiso

NOVEDADES PACÍFICO

Extendemos nuestras promociones especiales hasta julio

NOVEDADES PACÍFICO

Pacífico dona S/ 5 millones para dar protección de vida a nuestros héroes en la lucha contra el COVID-19

HERRAMIENTAS DE VENTA

Información de productos

Videos educativos

Formatos para personas

Formatos para empresas

Guías prácticas

Cotizadores

Procesos de productos

Procesos de cobranzas



Solicitud Digital

Llenado de Solicitud Digital

1. Información personal/Familiar

Se cargará la
información llenada
previamente en el ADN
del Prospecto

Adjuntar la foto del
DNI (ambas caras)

*Cargar la foto del
documento es opcional
en esta parte del flujo. Si
será obligatorio cargarla
para el cliente

←

Carlos Perez Perez DNI: 45678909

pacífico

Showbook

Herramientas

Información

Cotizar

Póliza

Personal/Familiar

Cuotas

Declaración

Presistencias

1. Información personal/familiar

Titular

Apoderado

Contratante

Dependientes

Adjuntar documento

Nacionalidad

PERÚ

Contratante

☐ Sí

☐ No

Tipo de documento

DNI

Documento de identidad

45678909

Nombres

Carlos

Apellido paterno

Perez

Apellido materno

Perez

Fecha de nacimiento

01/01/1990

Sexo

☐ Femenino

☒ Masculino

Peso (Kg)

89

Talla (m)

1.8

Llenado de Solicitud Digital

1. Información personal/Familiar Titular



DNI	45678909	Carlos
Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento
Perez	Perez	01/01/1990
Sexo	Peso (Kg)	Talla (m)
☐ Femenino ☒ Masculino	89	1.8
Celular	Correo electrónico	Fumador
999999998	maria.saavedra@pacificovida.com.pe	☐ Si ☒ No
Dirección domiciliaria		
dean valdivia		
Departamento	Provincia	Distrito
LIMA	LIMA	SAN ISIDRO

Todos los campos son obligatorios

Enviar link al cliente

Continuar >

- Si el cliente solicita llenar a partir de aquí, se puede enviar el link para que continúe el llenado

- Se confirma la información y "Botón Continuar"

Llenado de Solicitud Digital

Según el caso se activará
la pestaña dependientes
(se carga la información
llenada en el ADN o te
permitirá llenar)

- Si el asegurado es menor de edad, se activará la pestaña Apoderado.
- Si el titular no es igual a contratante, la pestaña contratante se activará para completar los datos.

Información Cotizar **Póliza** Showbook Herramientas

Personal/Familiar Cuotas Declaración Preexistencias

1. Información personal/familiar

Titular Apoderado Contratante **Dependientes**

Nacionalidad
PERÚ

Parentesco
Espos(a)

Tipo de documento
DNI

Documento de identidad
46567890

Nombres
maria

Apellido paterno
garcia

Apellido materno
garcia

Fecha de nacimiento
01/01/1991

Sexo
☒ Femenino ☐ Masculino

Peso (Kg)
65

Talla (m)
1.65

Fumador
☐ Si ☒ No

Eliminar Agregar

Llenado de Solicitud Digital



1. Información personal/Familiar Dependientes

Nacionalidad PERÚ	Parentesco Esposo(a)	
Tipo de documento DNI	Documento de identidad 45678901	Nombres María
Apellido paterno García	Apellido materno García	Fecha de nacimiento 01/01/1991
Sexo ☒ Femenino ☐ Masculino	Peso (Kg) 65	Talla (m) 1.65
Fumador ☐ Si ☒ No		

Se puede agregar o eliminar dependientes

Eliminar

Agregar

Todos los campos son obligatorios

Enviar link al cliente

Si el cliente solicita llenar a partir de aquí, se puede enviar el link para que continúe el llenado

Se confirma la información y “Botón Continuar”

Continuar



Llenado de Solicitud Digital

2. Cuotas

2. Cuotas

Asegurados > Multisalud

Nombres y Apellidos	Tipo de Asegurado	Edades
Carlos Perez Perez	Titular	31

Formas de pago

Titular: 31 años

Prima (monto anual)	Cuotas	Débito automático	Elegir forma de pago
S/ 2.935.00	PAGO AL CONTADO CUOTA	Si	☒
S/ 2.935.00	PAGO AL CONTADO CUOTA	No	☐
S/ 509.82	06 CUOTAS IGUALES TEA 17.5%	No	☐
S/ 733.75	04 CUOTAS IGUALES SIN INTERESES	Si	☐
S/ 733.75	04 CUOTAS IGUALES SIN INTERESES	No	☐
S/ 265.32	12 CUOTAS IGUALES TEA 17.5%	No	☐
S/ 204.38	12 CUOTAS IGUALES TEA 8%	Si	☐
S/ 303.28	10 CUOTAS IGUALES TEA 8%	Si	☐
S/ 498.99	06 CUOTAS IGUALES TEA 8%	Si	☐

- Confirmar la forma de pago.
- Continuar o Enviar link al cliente

Enviar link al cliente

[Volver](#)

[Continuar](#)

Llenado de Solicitud Digital

3. Declaración Jurada

- Son 3 páginas (18 preguntas) dar click en flechas para avanzar.

←

Carlos Perez Perez

DNI: 45678909

Información

Cotizar

Póliza

Showbook

Herramientas

Personal/Familiar

Cuotas

Declaración

Preexistencias

3. Declaración jurada > Seguros Integrales - Multisalud

¿El Titular o alguno de sus dependientes ha(n) padecido o padece(n) alguna enfermedad, dolencia o afección de los sistemas, aparatos u órganos descritos a continuación?

Nº	Preguntas	Requisitos
1	Sistema nervioso. Por ejemplo: migraña, convulsiones, epilepsia, derrame cerebral, párkinson, apnea del sueño, parálisis cerebral, hidrocefalia.	☐ Sí ☐ No
2	Sistema ocular y auditivo. Por ejemplo: desprendimiento de retina, cataratas, glaucoma, pterigión (carnosidad ocular), hipoacusia, otitis.	☐ Sí ☐ No
3	Aparato respiratorio. Por ejemplo: asma bronquial, bronquitis crónica, sinusitis, desviación de tabique nasal.	☐ Sí ☐ No
4	Aparato cardiovascular y de la sangre. Por ejemplo: hipertensión arterial, arritmia, angina, soplo cardíaco, infarto cardíaco, enfermedad de las válvulas cardíacas, várices, trombosis, aneurisma, anemia, hemofilia, desórdenes de la coagulación, trombofilia.	☐ Sí ☐ No
5	Sistema endocrino. Por ejemplo: diabetes, enfermedad tiroidea, Síndrome de Cushing, hiperprolactinemia, adenoma de hipófisis.	☐ Sí ☐ No
6	Aparato genitourinario y/o enfermedades ginecológicas. Por ejemplo: insuficiencia renal, glomerulonefritis, incontinencia urinaria, adenoma de próstata, prostatitis, cálculo urinario, quistes en mamas u ovarios, endometriosis, displasias, cervicitis crónica.	☐ Sí ☐ No

Página 1/3

Enviar link al cliente

Llenado de Solicitud Digital

3. Declaración Jurada

- Si alguna respuesta es positiva, se debe completar la información solicitada.
- Culminado el llenado, Continuar

* Si alguna respuesta es afirmativa la solicitud se vuelve compleja

Nº Preguntas

Requisitos

13

Enfermedades de la piel. Por ejemplo: acné, rosácea, psoriasis, vitiligo, dermatitis alérgica.

Asegurado

Enfermedad

Ingresa enfermedad

Fecha de diagnóstico

MM/YYYY

Estado de salud actual

Clínica dónde se atendió

Ingresa clínica

Detalles adicionales

Ingresa detalles adicionales

Agregar

14

¿Alguna de las personas por asegurar ha tenido alguna hospitalización y/o cirugía previa?

☐ Si

☒ No

15

¿Alguna de las personas por asegurar recibe algún medicamento actualmente o lo ha recibido en los últimos 12 meses?

☐ Si

☒ No

16

¿Se encuentra en estado de gestación?

☐ Si

☒ No

17

¿Pertenece a las Fuerzas Armadas, Fuerzas Policiales y/o eres Piloto, Bombero y/o deportista profesional? Por favor especificar deporte

☐ Si

☒ No

18

¿Tienes algo adicional que declarar sobre el estado de salud o estado físico de alguno de los solicitantes que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?

☐ Si

☒ No

Enviar link al cliente

< Volver

Continuar >

Llenado de Solicitud Digital

4. Preexistencias

- Completar los campos indicados de ser el caso.

* Si se declara alguna preexistencia o información adicional la solicitud se vuelve compleja

Información

Cotizar

Póliza

Showbook

Herramientas

Personal/Familiar

Cuotas

Declaración

Preexistencias

4. Preexistencias

¿El Titular o alguno de sus dependientes ha(n) tenido o tiene(n) cobertura médica en un seguro o plan de salud?

Para los **productos oncológicos** indicar solo si alguna de las personas por asegurar tiene o ha tenido **cobertura médica en un seguro oncológico.**

Asegurado

Toda la familia

Tipo de servicio

Seguros de Asistencia Médica

Elige la aseguradora

Fecha de vigencia / Desde

MM/YYYY

Fecha de vigencia / Hasta

MM/YYYY

Puedes subir los documentos que incluyan a todos los asegurados; como:

- Constancia de la Póliza o Plan anterior

- Relación de siniestros de la Póliza o Plan anterior

+ Subir documentos

Información adicional:

1. ¿Tienes algún comentario adicional?

Ingresar detalles adicionales

Llenado de Solicitud Digital

4. Preexistencias

- Enviar el link al cliente

Elige la aseguradora

Fecha de vigencia / Desde

Fecha de vigencia / Hasta

MM/YYYY

MM/YYYY

Limpiar

Agregar

Puedes subir los documentos que incluyen:

- Constancia de la Póliza o Plan anterior
- Relación de siniestros de la Póliza o Plan anterior

Subir documentos

Información adicional:

1. ¿Tienes algún comentario adicional?

Ingresa detalles adicionales

El correo se envió satisfactoriamente

Aceptar

Enviar link al cliente

Volver

Guardar

Somos Corredores

PPS/EPS/Vida

Q BUSCAR

Noticias, eventos, regulador

NOVEDADES PACÍFICO

Asegurados y afiliados de salud de Pacífico tendrán 100% de cobertura sin límite ni copagos para atención por COVID-19

ps://somoscorredorescrt.pacificotest.com.pe/#

Honrando nuestro compromiso

NOVEDADES PACÍFICO

Extendemos nuestras promociones especiales hasta julio

NOVEDADES PACÍFICO

Pacífico dona S/ 5 millones para dar protección de vida a nuestros héroes en la lucha contra el COVID-19

HERRAMIENTAS DE VENTA

Información de productos

Videos educativos

Formatos para personas

Formatos para empresas

Guías prácticas

Cotizadores

Procesos de productos

Procesos de cobranzas



Solicitud Digital - Cliente

Llenado de
Solicitud Digital

Link enviado al cliente



« Responder a todos | Eliminar No deseado Bloquear ...

Carlos, te enviamos el enlace para completar tu Solicitud Digital N° 5011582



Hola Carlos,

Para seguir trabajando en tu Solicitud Digital de Salud, necesitaremos que primero ingreses al siguiente enlace y completes tu información.

Completa tu solicitud en
[<https://modelodiadev.pacificotest.com.pe/web/guest/salud#/5011582>]

¿Alguna duda?

Llenado de Solicitud Digital

El cliente ingresa el
link, aparecerá la
solicitud con los
datos ingresados por
el asesor

Solicitud de póliza

Personal/Familiar

Cuotas

Declaración

Preexistencias

Débito automático

Firma

Envío

1. Información personal/familiar

Titular

Apoderado

Contratante

Dependientes



abuelosynietos.jpg 224.07kb

Editar

Nacionalidad

PERÚ

Contratante

☒ Si ☐ No

Tipo de documento

DNI

Documento de identidad

46789867

Nombres

Carlos

Apellido paterno

Garcia

Apellido materno

Garcia

Fecha de nacimiento

01/01/1990



Llenado de Solicitud Digital



4. Preexistencias

¿El Titular o alguno de sus dependientes ha(n) tenido o tiene(n) cobertura médica en un seguro o plan de salud?

i Para los productos oncológicos indicar solo si alguna de las personas por asegurar tiene o ha tenido cobertura médica en un seguro oncológico.

Asegurado

Tipo de servicio

Elige la aseguradora

Fecha de vigencia / Desde

Fecha de vigencia / Hasta

Limpiar

Agregar

Puedes subir los documentos que incluyan a todos los asegurados, como:

- Constancia de la Póliza o Plan anterior
- Relación de siniestros de la Póliza o Plan anterior

+ Subir documentos

Información adicional:

1. ¿Tienes algún comentario adicional? **i**

Ingresa detalles adicionales

< Volver

Continuar



El cliente puede dar click en “continuar” y avanzará cada pantalla, incluso podría modificar alguna información de ser el caso

Llenado de
Solicitud Digital

Solicitud de póliza

Débito automático



5. Afiliación al débito automático

Método de pago

Elige el método de pago

Cargo en Cuenta Bancaria

Tarjeta de Crédito/Débito

- Elegir el método de pago



Volver

Continuar



Llenado de Solicitud Digital

Solicitud de póliza

Débito automático



5. Afiliación al débito automático

Método de pago

Tarjeta de Crédito/Débito

Tipo de tarjeta

Elige el tipo de tarjeta

Número de tarjeta

Ingresa Número de tarjeta

Fecha de vencimiento

MM/YYYY

Elige el titular de la tarjeta o cuenta

Carlos Garcia Garcia

Maria Perez Perez

Otros

- Elegir el tipo de Tarjeta, VISA, MASTECARD o AMERICAN EXPRESS.
- Puedes elegir el Titular de la tarjeta o cuenta

 Volver

Continuar



Llenado de
Solicitud Digital



Solicitud de póliza



6. Firma de solicitud

El Titular o Apoderado deberá revisar la(s) solicitud(es) y firmarla(s) ingresando el(los) código(s) que se enviarán a tu celular y correo electrónico:

N°	Solicitudes	Revisar solicitudes	Firma (Código de verificación)	
		Ver solicitud	Ingresa el código	Enviar código
01	Solicitud de Seguro de Salud y Modalidad de Pago	Ver solicitud		

- Dar click “Ver Solicitud”
*obligatorio

 Volver

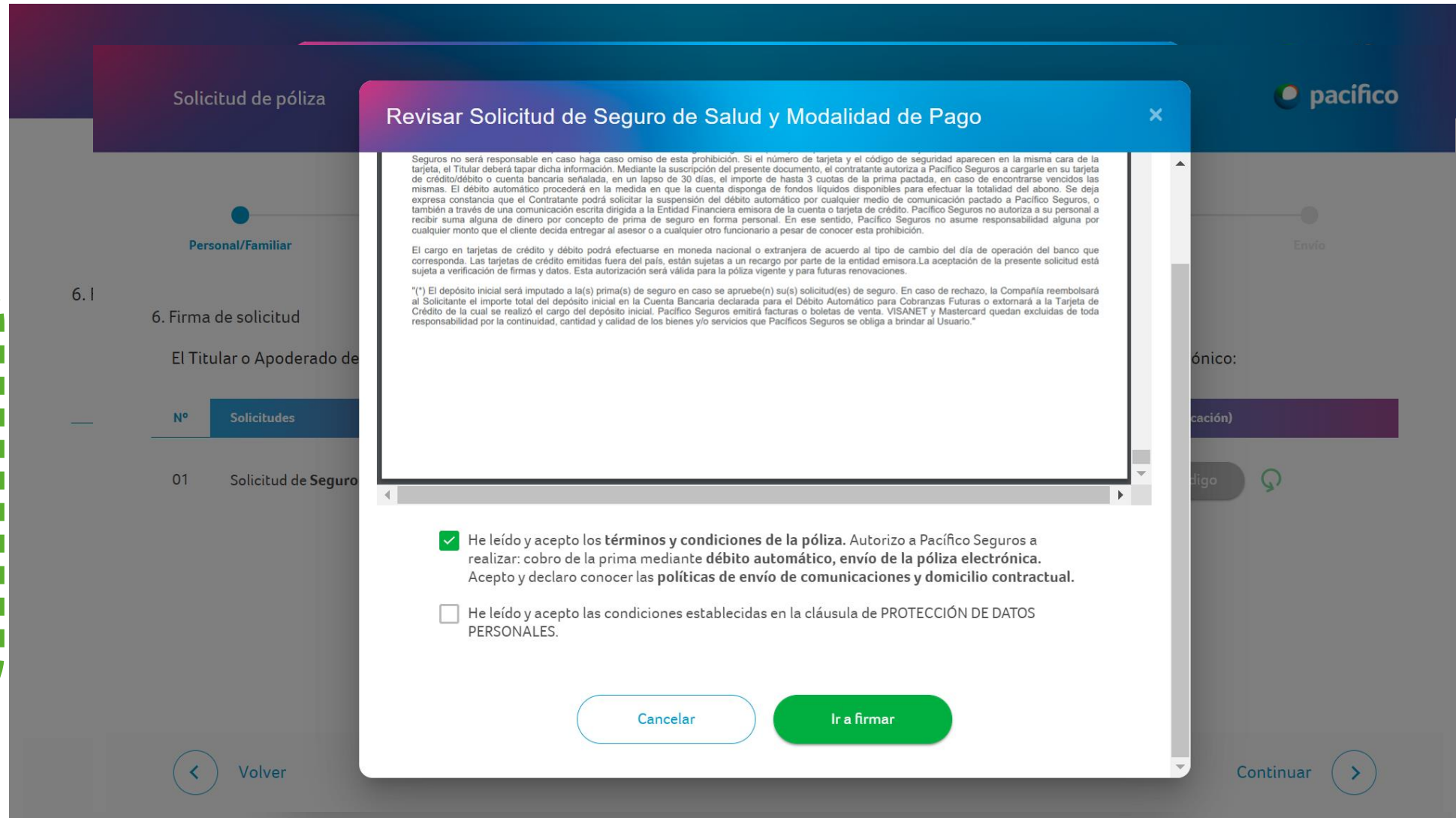
Continuar 

Llenado de Solicitud Digital

Firma

“Ver Solicitud”

- Aparece la pantalla con el pdf de la solicitud, aquí se debe marcar de manera obligatoria la primera alternativa,
- La alternativa 2 se marque de modo “opcional” a elección del cliente.
- IR A FIRMAR



Solicitud de póliza

Revisar Solicitud de Seguro de Salud y Modalidad de Pago

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. Mediante la suscripción del presente documento, el contratante autoriza a Pacífico Seguros a cargarle en su tarjeta de crédito/débito o cuenta bancaria señalada, en un lapso de 30 días, el importe de hasta 3 cuotas de la prima pactada, en caso de encontrarse vencidos 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 Seguros, 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 de 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 y débito podrá efectuarse en moneda nacional o extranjera 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. 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. VISA NET 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.”

Nº	Solicitudes
01	Solicitud de Seguro

☒ He leído y acepto los términos y condiciones de la póliza. Autorizo a Pacífico Seguros a realizar: cobro de la prima mediante débito automático, envío de la póliza electrónica. Acepto y declaro conocer las políticas de envío de comunicaciones y domicilio contractual.

☐ He leído y acepto las condiciones establecidas en la cláusula de PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

Cancelar Ir a firmar

Volver Continuar

Llenado de Solicitud Digital

Código de Verificación

- El cliente **recibe el mail con el código de verificación**, que deberá colocarlo en la pantalla de la solicitud

« Responder a todos |  Eliminar  No deseado Bloquear ...

Carlos, es hora de firmar tu Solicitud Digital N° 5011582



Hola Carlos,

Para finalizar con tu Solicitud Digital de Salud deberás brindarnos tu firma ingresando tu nuevo código de verificación generado.

Tu código de verificación es:

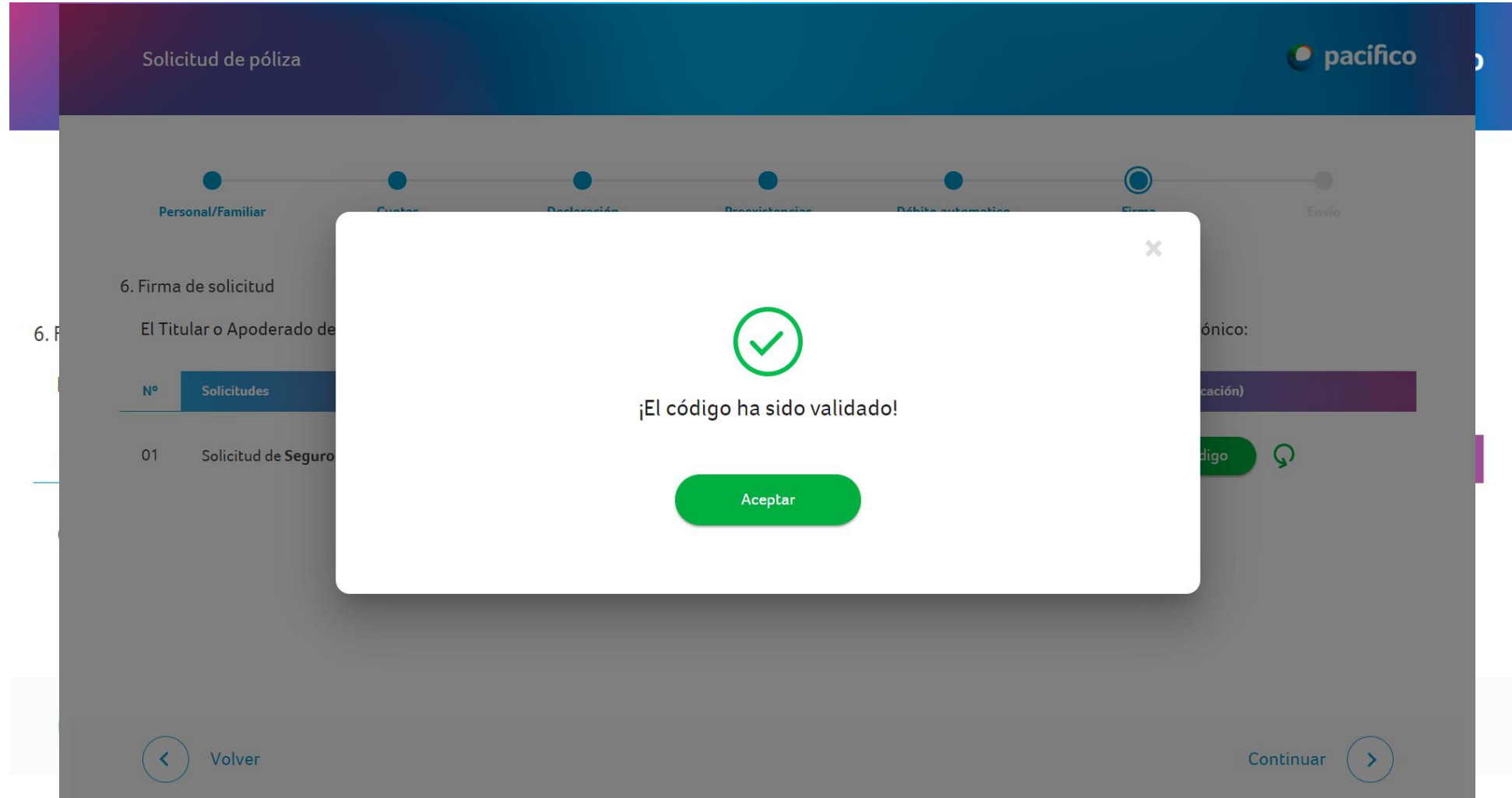
181225

¿Alguna duda?

Llenado de
Solicitud Digital

Firma

- Ingresar el código
recibido y seleccionar
Enviar Código



The screenshot shows the 'Solicitud de póliza' (Policy Application) screen on the Pacifico website. A progress bar at the top indicates the current step is 'Firma' (Signature), which is highlighted with a blue circle. The background is dimmed, showing a form with sections for 'Personal/Familiar', 'Cuentas', 'Declaración', 'Preexistencias', 'Débito automático', and 'Envío'. A white modal box is centered on the screen, displaying a green checkmark icon and the text '¡El código ha sido validado!' (The code has been validated!). Below the message is a green button labeled 'Aceptar' (Accept). At the bottom of the screen, there are navigation buttons: 'Volver' (Back) with a left arrow and 'Continuar' (Continue) with a right arrow.

Llenado de
Solicitud Digital

Fin del flujo



Solicitud de póliza



Personal/Familiar

Cuotas

Declaración

Preexistencias

Débito automatico

Firma

Envío

7. Envío de solicitud

Resumen

Titular: 22 años

Prima total anual: S/ 359.31

Formas de pago: 12 CUOTAS IGUALES
12% CARGO EN
CUENTA

Monto de la cuota: S/ 29.95

Asegurados	Edad	Parentesco
Fabrizio Medina Loza	22 años	Titular

¡La solicitud fue
enviada con éxito!

Número de la solicitud: 1008909

Fecha: 07/01/2021

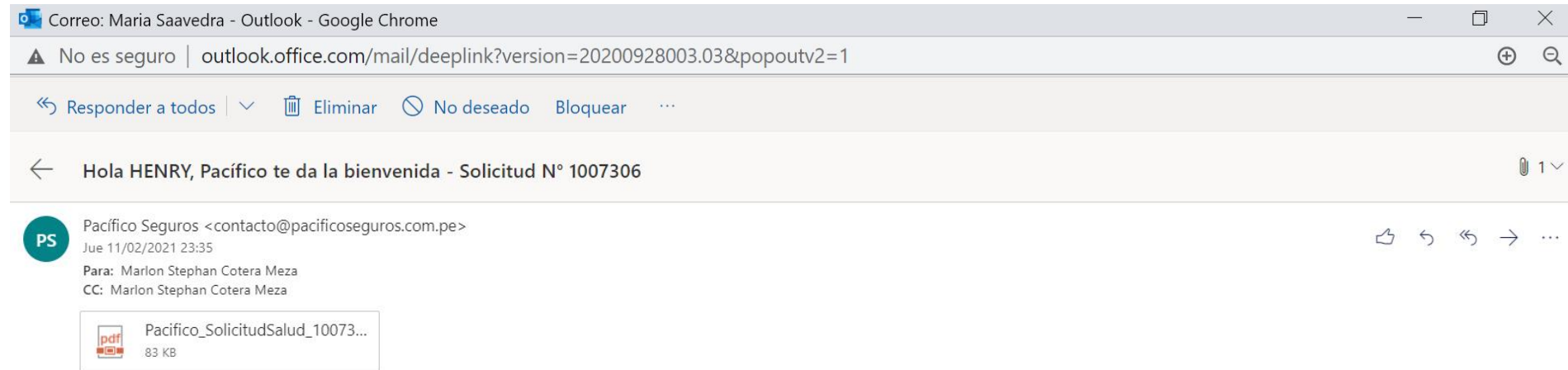
Hora: 10:51:33 am

Finalizar

Llenado de Solicitud Digital

- El cliente recibirá el mail de Bienvenida con el número de póliza.
- En caso de ser compleja el mail indicará Solicitud en proceso.

Finalizada la solicitud



Si no puedes visualizar este mailing, haz clic [aquí](#)



Ronda de preguntas

• Thalía Chávez





#NoEstásSolo