




Salud

Suscripción y la continuidad de preexistencias

Agosto 2020

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

 **pacifico** seguros

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD CORREDORES

Fecha de solicitud:

"Mayo 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. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?

	Seguro	Plan de Resguardo
Medicvita Internacional	Plan deducible anual por persona: <input type="checkbox"/> S/ 0 <input type="checkbox"/> S/ 15,000	Con deducible anual de: <input type="checkbox"/> \$ 10,000
Medicvita Nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Multisalud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Red Preferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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		
DNI <input type="text"/>	CE <input type="text"/>	PAS <input type="text"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nac. <input type="text"/>	Peso (Kg.) <input type="text"/>	Estatura (mts.) <input type="text"/>
Dirección <input type="text"/>						Nacionalidad <input type="text"/>
Provincia <input type="text"/>						Distrito <input type="text"/>
Departamento <input type="text"/>		Celular <input type="text"/>		Correo electrónico <input type="text"/>		

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

	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres						
1	Parentesco con el titular <input type="text"/>	DNI <input type="text"/>	CE <input type="text"/>	PAS <input type="text"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg.) <input type="text"/>	Estatura (mts.) <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text"/>	Fecha de Nac. <input type="text"/>
2	Parentesco con el titular <input type="text"/>	DNI <input type="text"/>	CE <input type="text"/>	PAS <input type="text"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg.) <input type="text"/>	Estatura (mts.) <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text"/>	Fecha de Nac. <input type="text"/>

[illegible]

Motivos para presentar una Solicitud

- **Póliza Nueva:** El Titular y/o dependientes **no cuentan** con una póliza vigente en Pacífico Seguros similar al grupo de productos que está solicitando (Integrales/EPS Individual/Oncológica).
- **Cambio de Seguro:** El Titular y/o dependientes **cuentan** con una póliza vigente en Pacífico Seguros similar al grupo de productos que está solicitando (Integrales/EPS Individual/Oncológica).
- **Inclusión de dependientes:** El Titular solicita la inclusión de su dependiente (Cónyuge y/o hijos) sobre el mismo plan que tiene vigente.

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

pacífico seguros

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD
CORREDORES

Fecha de solicitud: dd/mm/aaaa

"Mayo 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 en el "de Póliza"

2. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?

	Seguro	Plan de Resguardo
Medicvda Internacional	Plan deducible anual por persona: <input type="checkbox"/> S/ 0 <input type="checkbox"/> S/ 15,000	Con deducible anual de: <input type="checkbox"/> \$ 10,000
Medicvda Nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Multisalud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Red Preferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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			
DNI <input type="text"/>	CE <input type="text"/>	PAS <input type="text"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nac. <input type="text"/>	Peso (Kg.) <input type="text"/>	Estatura (mts.) <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text"/>
Dirección <input type="text"/>							Distrito <input type="text"/>
Provincia <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>		Celular <input type="text"/>		Correo electrónico <input type="text"/>		

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

	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres						
1	Parentesco con el titular <input type="text"/>	DNI <input type="text"/>	CE <input type="text"/>	PAS <input type="text"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg.) <input type="text"/>	Estatura (mts.) <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text"/>	Fecha de Nac. <input type="text"/>
2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres						
	Parentesco con el titular <input type="text"/>	DNI <input type="text"/>	CE <input type="text"/>	PAS <input type="text"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg.) <input type="text"/>	Estatura (mts.) <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text"/>	Fecha de Nac. <input type="text"/>



Inclusión de recién nacido

Afiliación del Recién Nacido

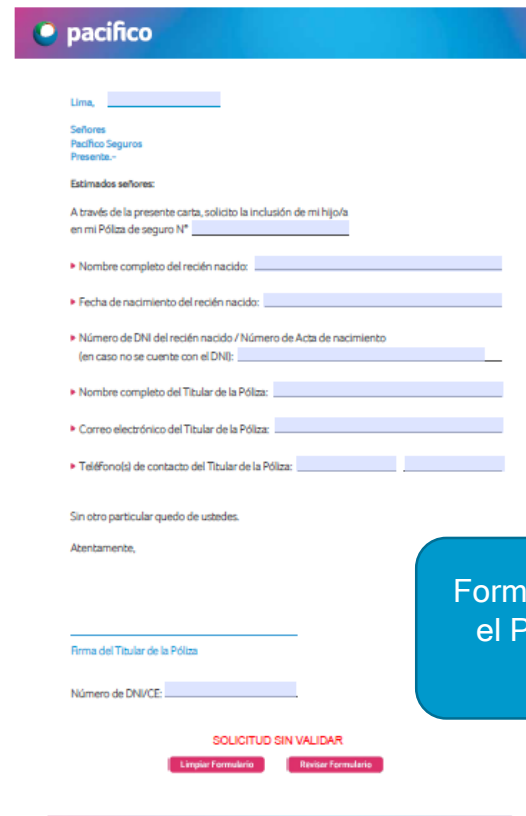
(Parto cubierto por la Póliza. Madre superó los 18 meses de espera al momento del parto)

Requisitos:

- Formato de inclusión de RN o correo del Titular solicitando la afiliación con datos indispensables.
- DNI del Recién Nacido/Acta de Nacimiento.

Particularidades:

- Solicitud de inclusión debe presentarse hasta 60 días desde el nacimiento del Recién Nacido.
- Inscripción del RN desde el nacimiento en el mismo plan que cubrió el parto.
- Exoneración de periodos de carencia y espera.
- Control del Niño Sano sin carencia.



The screenshot shows a digital form for including a newborn into a Pacifico Seguros policy. The form is titled 'pacífico' and includes a header with the company logo. The form fields are as follows:

- Lima,** [input field]
- Señores**
Pacífico Seguros
Presenta.-
- Estimados señores:**
A través de la presente carta, solicito la inclusión de mi hijo/a en mi Póliza de seguro N° [input field]
- Nombre completo del recién nacido:** [input field]
- Fecha de nacimiento del recién nacido:** [input field]
- Número de DNI del recién nacido / Número de Acta de nacimiento**
(en caso no se cuente con el DNI): [input field]
- Nombre completo del Titular de la Póliza:** [input field]
- Correo electrónico del Titular de la Póliza:** [input field]
- Teléfono(s) de contacto del Titular de la Póliza:** [input field]
- Sin otro particular quedo de ustedes.**
Atentamente,
- Firma del Titular de la Póliza** [input field]
- Número de DNI/CE:** [input field]
- SOLICITUD SIN VALIDAR**
- Limpiar Formulario** **Revisar Formulario**

Formato disponible en
el Portal de Somos
Corredores.



Inclusión de recién nacido

Afiliación del Recién Nacido

(Parto no cubierto por la Póliza. Madre no superó los 18 meses de espera al momento del parto)

Requisitos:

- Llenado de Solicitud de Salud completa.
- DNI del Recién Nacido/Acta de Nacimiento

Particularidades:

- Inscripción desde el registro de la solicitud.
- Ingreso con periodo de carencia y espera.
- Control del Niño Sano pasado el periodo de carencia de 30 días.

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

pacífico seguros

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

CORREDORES

Fecha de solicitud: dd/mm/aaaa

"Mayo 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 incluir el N° de Póliza.

2. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?

	Seguro	Plan de Resguardo
Medicvita Internacional	Plan deducible anual por persona: <input type="checkbox"/> S/ 0 <input type="checkbox"/> S/ 15,000	Con deducible anual de: <input type="checkbox"/> \$ 10,000
Medicvita Nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Multisalud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Red Preferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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	
DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nac.	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad
Dirección					Distrito
Provincia	Departamento	Celular	Correo electrónico		

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

	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				
1	Parentesco con el titular <input type="text"/>	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Fecha de Nac.
2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				
	Parentesco con el titular <input type="text"/>	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Fecha de Nac.

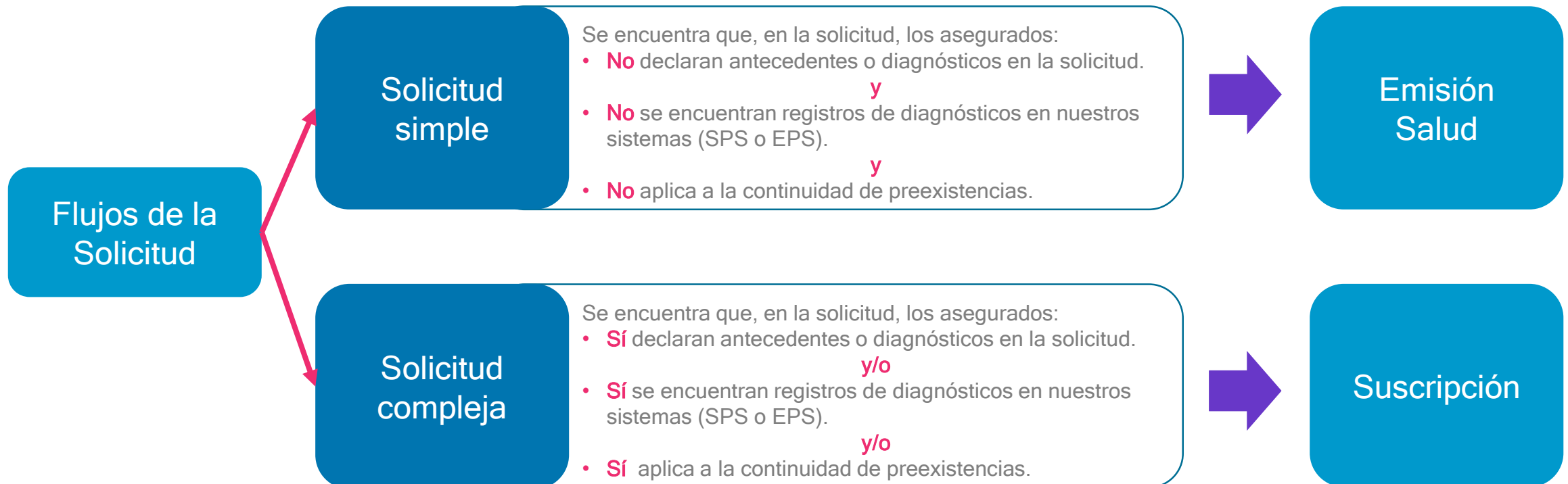
¿A qué nos referimos con “Suscripción”?



Es el equipo especializado encargado de la evaluación de riesgos determinados (individuales o colectivos) que serán asumidos por la Compañía de Seguros, regidos por sus políticas de exposición al riesgo y las leyes vigentes.

Suscripción

Mito: Todas las solicitudes son evaluadas por Suscripción. **¡Falso!**



Flujo de Solicitud Simple

Ingreso de una solicitud de Seguro

Solicitud simple

Se encuentra que, en la solicitud, los asegurados:

- **No** declaran antecedentes o diagnósticos en la solicitud. **y**
- **No** se encuentran registros en nuestros sistemas de diagnósticos (SPS o EPS). **y**
- **No** aplica a la continuidad de preexistencias.

Plazo de Emisión Salud para brindar respuesta al asegurado.

Día 1:
Corredor envía la
solicitud **correctamente**
llenada a Emisión
Salud.

Día 2:
Referencia
para el inicio
de vigencia de
la Póliza.

Día 4:
Emisión Salud
brinda número
de trámite.

Día 6:
Tiempo promedio que
Emisión Salud tarda en
emitir una póliza.

Día 15:
Último día para que Emisión
Salud emita la póliza como
respuesta al cliente.

Flujo de Solicitud Compleja

Ingreso de una solicitud de Seguro

Solicitud compleja

Se encuentra que, en la solicitud, los asegurados:

- **Sí** declaran antecedentes o diagnósticos en la solicitud.
y/o
- **Sí** se encuentran registros en nuestros sistemas de diagnósticos (SPS o EPS).
y/o
- **Sí** aplica a la continuidad de preexistencias.

Plazo de Suscripción para brindar respuesta al asegurado.

Día 1:
Corredor envía la
solicitud **correctamente**
llenada a Emisión
Salud.

Día 2:
Referencia
para el inicio
de vigencia de
la Póliza.

Día 4:
Emisión Salud
brinda número
de trámite.

Día 9:
Tiempo promedio que
Suscripción tarda en dar
respuesta al cliente.

Día 15:
Último día para que
Suscripción brinde
respuesta al cliente por Ley.

Respuestas de Suscripción:

- Confirmación de emisión de póliza
(+ 3 días para la emisión de la Póliza).
- Solicitud de ampliación de diagnósticos.
- Solicitud de informes, imágenes, resultados sobre diagnósticos.
- Presentación de condiciones de asegurabilidad (exclusiones).
- Confirmación de no asegurabilidad.

Titular tiene hasta 15 días
para responder sobre los
comentarios de Suscripción.

Consideraciones

Pacífico Seguros
Oficina Principal Torre Pacífico, Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú
Central de Información y Consultas Clientes: (011) 513-5000 (Lima y provincias)
www.pacifico.com.pe

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD
CORREDORES
"Mayo 2020"

Fecha de solicitud: 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
Medicivida Internacional Plan deducible anual por persona: <input type="checkbox"/> S/ 0 <input type="checkbox"/> S/ 15,000	Con deducible anual de: <input type="checkbox"/> \$ 10,000
Medicivida Nacional <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Multisalud <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Red Preferente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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			
DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nac.		Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	
Dirección						Distrito	
Provincia	Departamento	Celular		Correo electrónico			

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

1	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				
	Parentesco con el titular	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Fecha de Nac.
2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				
	Parentesco con el titular	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Fecha de Nac.
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				

- La solicitud y el débito automático forman parte del **contrato de seguros** y debe presentarse en un mismo documento, no en hojas separadas.
- La solicitud se podrá **presentar hasta 15 días después** de la fecha de solicitud.
- Es indispensable que se complete **TODA la información solicitada**. De esto dependerán las condiciones y la rapidez de la emisión de la póliza.
- Contamos con **15 días calendario para dar una respuesta** a la solicitud del cliente, a partir de la fecha de la recepción.

Consideraciones

Pacífico Seguros
Oficina Principal Torre Pacífico, Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú
Central de Información y Consultas Clientes: (011) 513-5000 (Lima y provincias)
www.pacifico.com.pe

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD
CORREDORES
"Mayo 2020"

Fecha de solicitud: 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: <input type="checkbox"/> S/ 0 <input type="checkbox"/> S/ 15,000	Con deducible anual de: <input type="checkbox"/> \$ 10,000
Medicvida Nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Multisalud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Red Preferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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			
DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nac.	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad		
Dirección					Distrito		
Provincia	Departamento	Celular	Correo electrónico				

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

1	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				
	Parentesco con el titular	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Fecha de Nac.
2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				
	Parentesco con el titular	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Fecha de Nac.
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				

- Si una solicitud es observada, empezará el flujo nuevamente.
- Si la solicitud se presenta nuevamente y solo si se encuentra correctamente llenada, dicha fecha de presentación será considerada el nuevo "día 1".
- **No se emitirá la póliza si la solicitud o el débito automático están incompletos** o presentan borrones, tachones o enmendaduras.
- Para los productos Medicvida Internacional, Medicvida Nacional, Multisalud, Red Preferente, Oncológico Nacional, Oncológico Internacional y EPS Individual, el Titular puede tener como dependiente(s) a su cónyuge/conviviente e hijo(s).
- La firma en la solicitud debe **ser similar a la que aparece en el DNI** del Asegurado Titular. En caso el Titular sea menor de edad, la firma debe ser del padre, madre o el tutor legal.

Buzón de Suscripción



Suscripción se comunica únicamente con los asegurados a través del Buzón SolicitudSaludEnEvaluacion@pacifico.com.pe

Motivos de comunicación:

- Confirmación de asegurabilidad.
- Solicitud de ampliación de diagnósticos.
- Recepción de informes, imágenes, resultados, entre otros.
- Recepción de conformidad de diagnósticos (dx) previo a la emisión.
- Exposición de exclusiones sobre enfermedades preexistentes.
- Atención de consultas del mismo cliente sobre diagnósticos expuestos.
- Confirmación de no asegurabilidad.

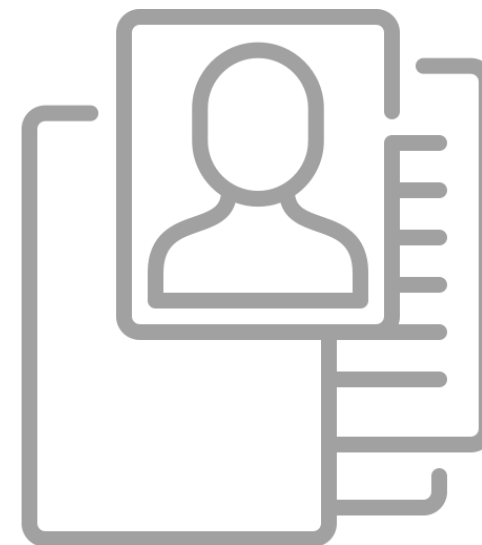
El Buzón de Suscripción
NO informa sobre el
status de los trámites.

* El Buzón copiará al Corredor/Asesor que figure en la solicitud.

¿Suscripción puede solicitar informes a los asegurados?

Es correcto. No sucede en todos los casos, sin embargo, **Suscripción puede solicitar informes adicionales** al asegurado que permitan precisar el nivel de riesgo que asumiremos como Compañía de Seguros.

Los informes, exámenes, resultados que el asegurado deba presentar, durante la Suscripción, son asumidos por el mismo asegurado al 100%.



¿Suscripción puede solicitar informes a los asegurados?



Asegurado entre 61 y 65 años inclusive.

Mujer

1. Examen clínico actual de acuerdo a formato (debe ser llenado por médico con sello, firma y colegiatura).
2. Informe de mamografía (máximo 1 año).
3. Informe de ecografía abdominal-pélvica completa, máximo 3 meses de antigüedad.
4. Informe de Papanicolaou (máximo 1 año).

Hombre

1. Examen clínico actual de acuerdo a formato (debe ser llenado por médico con sello, firma y colegiatura).
2. Resultado de Antígeno prostático (PSA) actual.
3. Informe de ecografía abdominal-pélvica completa, máximo 3 meses de antigüedad.

En cualquiera de los casos y dependiendo del estado de salud, se pueden solicitar informes adicionales.

¿Suscripción puede solicitar informes a los asegurados?



Niños menores de un año como Titulares
(No Dependientes).

1. Informe actual del médico pediatra o neonatólogo según formato.

En cualquiera de los casos y dependiendo del estado de salud, se pueden solicitar informes adicionales.

¿Suscripción puede solicitar informes a los asegurados?



Aseguradas gestantes.

1. Informe actual de ginecólogo tratante que indique antecedentes patológicos, diagnósticos, tratamiento, evolución, estado actual y plan de manejo.
2. Informes de ecografía obstétricas realizadas.

En cualquiera de los casos y dependiendo del estado de salud, se pueden solicitar informes adicionales.

¿Suscripción puede solicitar informes a los asegurados?



Asegurados que aplican a la continuidad de preexistencias.

1. Copia de la Póliza y/o Plan anterior donde se indiquen a todas las personas aseguradas.
2. Constancia de la Póliza y/o Plan anterior (incluir fecha de inicio y fin de vigencia).
3. Relación de siniestros de la Póliza y/o Plan 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 anterior.

Página 3 de la
Solicitud.

En cualquiera de los casos y dependiendo del estado de salud, se pueden solicitar informes adicionales.

Pregunta frecuente

¿Qué sucede si el asegurado no puede conseguir los informes?

Continuidad de preexistencias

Preexistencias

Es toda condición de salud o enfermedad **diagnosticada y/o conocida** por el **CONTRATANTE y/o ASEGURADO** y no resuelta, previo al inicio de la cobertura del seguro.

Por ejemplo: Diabetes, Artrosis, Rotura de meniscos, Hipertensión arterial, Cáncer, entre otros diagnósticos.

Importante: No se realizan recargos por preexistencias.
Todas las preexistencias deben ser declaradas en la solicitud de seguro.



Preexistencias

No se considera como preexistencias a las enfermedades del ASEGURADO que hayan sido diagnosticadas y atendidas durante la vigencia anterior de una póliza/plan de enfermedades o asistencia médica o EPS emitida por una Compañía de Seguros o EPS en el periodo inmediatamente anterior a la contratación de la presente póliza.

La preexistencias deben ser declaradas en la solicitud.



Importante: Para gozar del beneficio de **continuidad de preexistencias**, la nueva póliza podrá contratarse en los siguientes plazos:

- Hasta 120 días posteriores de haber terminado el contrato de tu Seguro de Salud Modular anterior.
- O hasta 60 días posteriores de haber terminado la cobertura de tu EPS anterior.

¿Cómo aplica la continuidad de preexistencias al tomar un nuevo Seguro de Salud?

Se brindará continuidad de preexistencias a las condiciones de salud o enfermedades diagnosticada y atendidas en el Seguro/Plan anterior hasta los límites del contrato original o anterior, como mínimo. **Estas deben ser declaradas en la solicitud.**

- Si los **límites del nuevo Seguro/Plan son mayores** a los del Seguro/Plan anterior, se limitará la continuidad de preexistencias **sobre los límites del Seguro/Plan anterior.**
- Si los **límites del nuevo Seguro/Plan son menores** a los del Seguro/Plan anterior, se limitará la continuidad de preexistencias **sobre los límites del Seguro/Plan nuevo.**

¿Por qué hacemos énfasis en que un asegurado tiene que declarar todos sus diagnósticos?

Reticencia

La **Reticencia** es igual a la omisión de información, cláusula que se puede aplicar durante la evaluación de una solicitud de seguro como durante la vigencia una póliza emitida (Artículo 35° del Condicionado General).

¿Qué constituye la reticencia y/o declaración inexacta?

- **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.
- **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 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.

