



Salud

# Suscripción y la continuidad de preexistencias

Agosto 2020

# Solicitud de Salud

Documento pre-impreso y definido por PACÍFICO SEGUROS, en el cual consignando la identificación del CONTRATANTE, TITULAR y DEPENDIENTES se define el tipo de seguro que se desea, los otros seguros que se tienen, la forma de pago que se desea y, bajo juramento, se efectúa la DECLARACIÓN DE SALUD de los solicitantes.

## Motivos para firmar una solicitud:

- Póliza Nueva
- Cambio de Seguro
- Inclusión de dependientes

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) <a href="http://www.pacifico.com.pe">www.pacifico.com.pe</a>																							
<b>SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD CORREDORES</b>																							
Fecha de solicitud: _____ dd/mm/aaaa																							
"Mayo 2020"																							
<b>1. ¿CUÁL ES EL MOTIVO DE TU SOLICITUD?</b>																							
<input type="checkbox"/> Póliza nueva <input type="checkbox"/> Cambio de seguro <input type="checkbox"/> Inclusión de dependiente(s)																							
En caso de cambio de seguro o inclusión de dependientes, por favor incluya el N° de Póliza _____																							
<b>2. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?</b>																							
<table border="1"><thead><tr><th></th><th>Seguro</th><th>Plan de Resguardo</th></tr></thead><tbody><tr><td>Medicvida Internacional</td><td>Plan deducible anual por persona: <input checked="" type="checkbox"/> \$ 0    <input type="checkbox"/> \$ 15,000</td><td>Con deducible anual de: <input type="checkbox"/> \$ 10,000</td></tr><tr><td>Medicvida Nacional</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> \$ 15,000</td></tr><tr><td>Multisalud</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> \$ 15,000</td></tr><tr><td>Red Preferente</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> \$ 15,000</td></tr></tbody></table>				Seguro	Plan de Resguardo	Medicvida Internacional	Plan deducible anual por persona: <input checked="" type="checkbox"/> \$ 0 <input type="checkbox"/> \$ 15,000	Con deducible anual de: <input type="checkbox"/> \$ 10,000	Medicvida Nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ 15,000	Multisalud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ 15,000	Red Preferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ 15,000						
	Seguro	Plan de Resguardo																					
Medicvida Internacional	Plan deducible anual por persona: <input checked="" type="checkbox"/> \$ 0 <input type="checkbox"/> \$ 15,000	Con deducible anual de: <input type="checkbox"/> \$ 10,000																					
Medicvida Nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ 15,000																					
Multisalud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ 15,000																					
Red Preferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ 15,000																					
Importante: La edad máxima de ingreso al seguro solicitado es hasta los 65 años inclusive.																							
<b>3. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR</b>																							
<table border="1"><tr><td>Apellido paterno</td><td>Apellido materno</td><td>Nombres</td></tr><tr><td>DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/></td><td>Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F</td><td>Fecha de Nac.</td><td>Peso (Kg.)</td><td>Estatua (mts.)</td><td>Nacionalidad</td></tr><tr><td colspan="3">Dirección</td><td colspan="3">Distrito</td></tr><tr><td>Provincia</td><td>Departamento</td><td>Celular</td><td colspan="3">Correo electrónico</td></tr></table>			Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	Fecha de Nac.	Peso (Kg.)	Estatua (mts.)	Nacionalidad	Dirección			Distrito			Provincia	Departamento	Celular	Correo electrónico		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres																					
DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	Fecha de Nac.	Peso (Kg.)	Estatua (mts.)	Nacionalidad																		
Dirección			Distrito																				
Provincia	Departamento	Celular	Correo electrónico																				
<b>4. DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR ASEGURAR (CÓNYUGE/CONVIVIENTE/HIJOS) **</b>																							
<table border="1"><tr><td>Apellido paterno</td><td>Apellido materno</td><td>Nombres</td></tr><tr><td colspan="3">1 Parentesco con el titular DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso (Kg.) Estatura (mts.) Nacionalidad Fecha de Nac.</td></tr><tr><td>Apellido paterno</td><td>Apellido materno</td><td>Nombres</td></tr><tr><td colspan="3">2 Parentesco con el titular DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso (Kg.) Estatura (mts.) Nacionalidad Fecha de Nac.</td></tr></table>			Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	1 Parentesco con el titular DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso (Kg.) Estatura (mts.) Nacionalidad Fecha de Nac.			Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	2 Parentesco con el titular DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso (Kg.) Estatura (mts.) Nacionalidad Fecha de Nac.											
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres																					
1 Parentesco con el titular DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso (Kg.) Estatura (mts.) Nacionalidad Fecha de Nac.																							
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres																					
2 Parentesco con el titular DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Peso (Kg.) Estatura (mts.) Nacionalidad Fecha de Nac.																							

# Declaración de Salud

Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el **TITULAR**, respecto de su estado de **SALUD** y el de sus **DEPENDIENTES** de ser el caso. Realizada en los formatos o documentos que sean provistos por **PACÍFICO SEGUROS**, encontrándose como parte de la **SOLICITUD DE SEGURO**.

**Importante:** Solicitud de Salud (Mayo 2020) tiene una Declaración de Salud con 18 preguntas + cuadro de información adicional.

**Pacífico 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](http://www.pacifico.com.pe)

 **pacífico seguros**

## 6. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (DEBE SER LLENADA POR EL ASEGURADO TITULAR)

Sírvete responder 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. Por favor asegúrate también de responder según el orden de dependientes asignado en el cuadro de DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR ASEGURAR (página anterior, punto 4).

¿Presentas o has presentado padecimientos relacionados con estas enfermedades o diagnósticos de salud?  
Por favor ten en cuenta que las enfermedades mencionadas son ejemplos y que pueden existir otras que te han sido diagnosticadas y que deben ser declaradas.

Nº		Titular	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4
1	Sistema nervioso. Por ejemplo: migraña, convulsiones, epilepsia, derrame cerebral, parkinson, apnea del sueño, parálisis cerebral, hidrocefalia.	<input type="checkbox"/>				
2	Sistema ocular y auditivo. Por ejemplo: desprendimiento de retina, cataratas, glaucoma, ptosis o camostadía, hipocausia, otitis.	<input type="checkbox"/>				
3	Aparato respiratorio. Por ejemplo: asma bronquial, bronquitis crónica, sinusitis, desviación de tabique nasal.	<input type="checkbox"/>				
4	Aparato cardiovascular y/o de la sangre. Por ejemplo: hipertensión arterial, arritmia, angina, soplo cardíaco, infarto cardíaco, enfermedad de las válvulas cardíacas, varíos, trombosis, aneurisma, anemias, hemofilia, desórdenes de la coagulación, trombofilia.	<input type="checkbox"/>				
5	Sistema endocrino. Por ejemplo: diabetes, enfermedad tiroidea, Síndrome de Cushing, hiperprolactinemia, adenoma de hipófisis.	<input type="checkbox"/>				
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.	<input type="checkbox"/>				
7	Aparato digestivo y pared abdominal. Por ejemplo: gastritis, úlcera, hernia hiatal, cirrosis hepática, cálculos en la vesícula, pancreatitis.	<input type="checkbox"/>				
8	Enfermedades oncológicas y/o tumores. Por ejemplo: cáncer de cualquier órgano o tejido del cuerpo, pólipos, mioma uterino, nódulos tiroideos, verrugas genitales.	<input type="checkbox"/>				
9	Sistema osteomuscular y/o enfermedades reumatólogicas. Por ejemplo: artrosis, enfermedades de los meniscos, hernias u otras lesiones de columna vertebral, escoliosis, gota, artritis reumatoide, lupus eritematoso.	<input type="checkbox"/>				
10	Enfermedades infecciosas crónicas. Por ejemplo: hepatitis, meningitis, tuberculosis, VIH/sida.	<input type="checkbox"/>				
11	Trastornos mentales. Por ejemplo: demencia, esquizofrenia, depresión, psicosis.	<input type="checkbox"/>				

# 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 Pacifico: Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú  
Centro de Información y Consultas Clientes: (01) 513-5000 (Lima y provincias)  
[www.pacificoseguros.pe](http://www.pacificoseguros.pe)

**pacífico seguros**

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 incluya en la de Póliza \_\_\_\_\_.

**2. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO DESEAS CONTRATAR?**

	Seguro	Plan de Resguardo
Medicvida Internacional	Plan deducible anual por persona: <input checked="" type="checkbox"/> S/ 0 <input type="checkbox"/> S/ 15,000	Con deducible anual de: <input type="checkbox"/> \$ 10,000 <input type="checkbox"/> \$ 15,000
Medicvida Nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Multsalud	<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 checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac. <input type="checkbox"/>	
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="button" value="▼"/>	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Peso (Kg.) <input type="checkbox"/> Estatura (mts.) <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Fecha de Nac. <input type="checkbox"/>
2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
	Parentesco con el titular <input type="button" value="▼"/>	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Peso (Kg.) <input type="checkbox"/> Estatura (mts.) <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Fecha de Nac. <input type="checkbox"/>



# Inclusión de recién nacido

## Afiliación del Recién Nacido

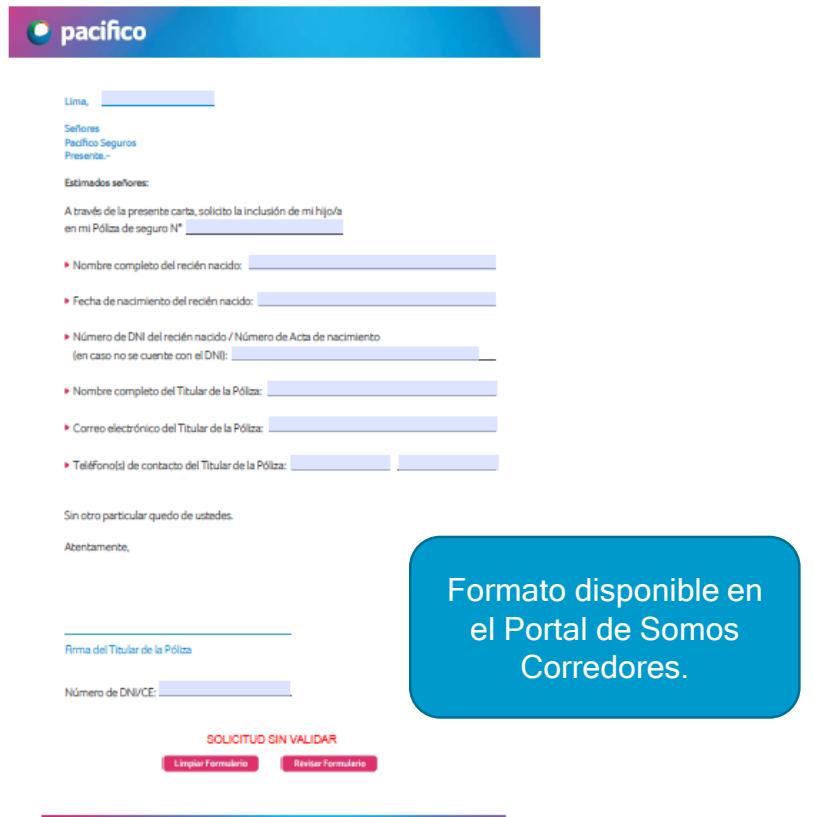
(Parto cubierto por la Póliza. Madre superó los 18 meses de espera al momento del parto)

### 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 web-based application form for the inclusion of a newborn. At the top, there's a logo for 'pacifico' and a placeholder for the city ('Lima, \_\_\_\_\_'). Below this, it says 'Señores Pacifico Seguros Presente.' and 'Estimados señores:' followed by a message about requesting the inclusion of a child in a policy. The form contains several input fields for personal information: 'Nombre completo del recién nacido', 'Fecha de nacimiento del recién nacido', 'Número de DNI del recién nacido / Número de Acta de nacimiento (en caso no se cuente con el DNI)', 'Nombre completo del Titular de la Póliza', 'Correo electrónico del Titular de la Póliza', and 'Teléfono(s) de contacto del Titular de la Póliza'. There are also sections for 'Sin otro particular quedo de ustedes.' and 'Atentamente,'. At the bottom, there are fields for 'Firma del Titular de la Póliza' and 'Número de DNI/CE', along with buttons for 'SOLICITUD SIN VALIDAR', 'Limpiar Formulario', and '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 Pacifico: Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú  
Centro de Información y Consultas Clientes: (01) 513-5000 (Lima y provincias)  
[www.pacificoseguros.pe](http://www.pacificoseguros.pe)

**pacífico seguros**

Fecha de solicitud: dd/mm/aaaa

**SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD CORREDORES**  
"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 incluya 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 checked="" type="checkbox"/> S/ 15,000	Con deducible anual de: <input type="checkbox"/> \$ 10,000
Medicvida Nacional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 15,000
Multsalud	<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 checked="" type="checkbox"/> F	Fecha de Nac. <input type="checkbox"/>	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Dirección			Provincia	Departamento	Celular	Correo electrónico
Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad										
Dirección												
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="button" value="▼"/>	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Fecha de Nac.
2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres				
	Parentesco con el titular <input type="button" value="▼"/>	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Fecha de Nac.

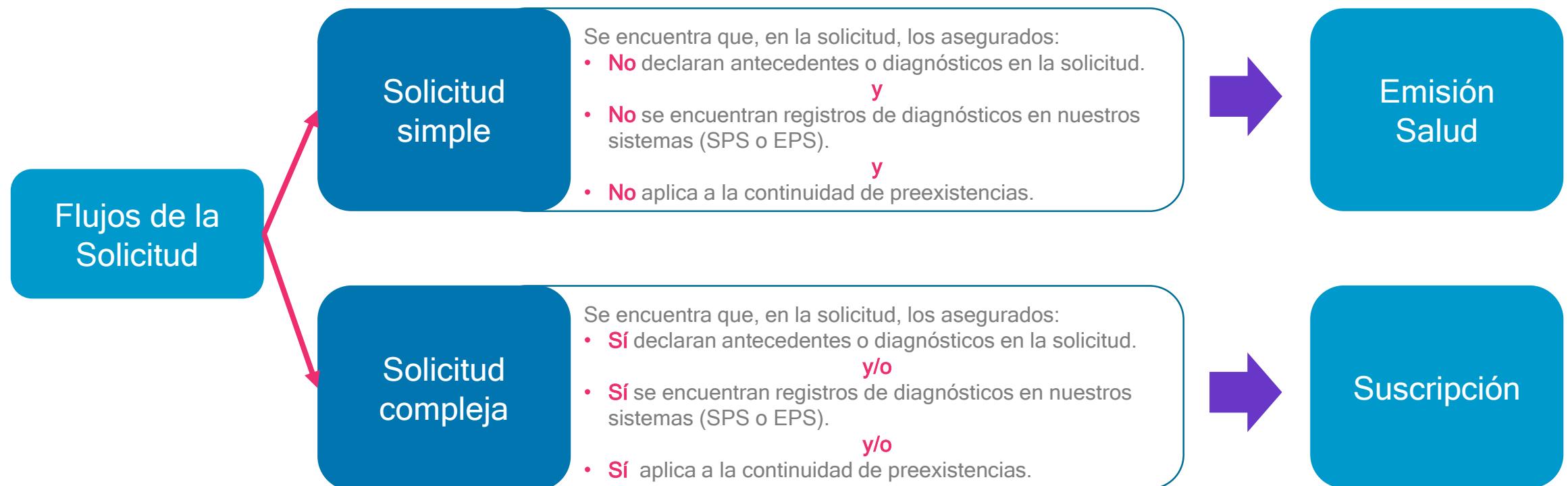
## ¿A qué nos referimos con “Suscripción”?



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

### 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 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](http://www.pacifico.com.pe)

**pacífico seguros**

**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 incluya 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 <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	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 checked="" type="checkbox"/> F	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 checked="" type="checkbox"/> F	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 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](http://www.pacifico.com.pe)

**SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD CORREDORES**  
"Mayo 2020"

Fecha de solicitud:

**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 checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	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)\*\***

1	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 checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 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"/>
	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.

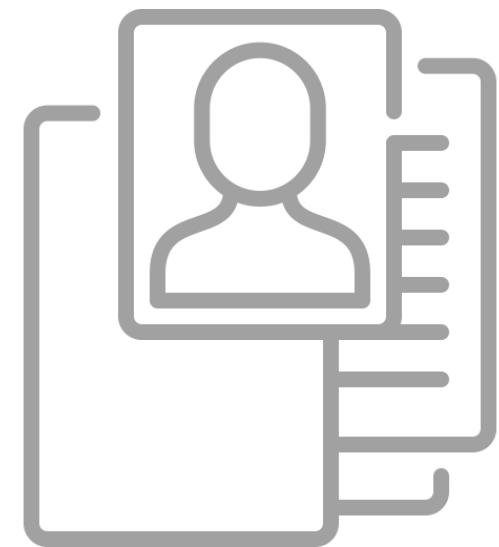
El Buzón de Suscripción  
NO informa sobre el  
status de los trámites.

\* 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.



pacifico