

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD - CORREDORES

Fecha de solicitud: ___/___/___
 dd mm aa

Solicitud de seguro de salud N°

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	Seguro de Continuidad
Medicvita Internacional	Plan deducible anual por persona: <input type="checkbox"/> S/ 0 <input type="checkbox"/> S/ 15,000	Con deducible de: <input type="checkbox"/> \$ 10,000
Medicvita Nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 160,000
Multisalud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 160,000
Red Preferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S/ 160,000
Salud ECOH	<input type="checkbox"/>	
Auxilio Médico*	<input type="checkbox"/> Plan Clásico <input type="checkbox"/> Plan Plus	

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

*La edad máxima de ingreso al seguro "Auxilio Médico" es hasta los **60 años** inclusive.

3. DATOS DEL TITULAR

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		DNI/CE	
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nac. ___/___/___	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Profesión y/o actividad actual		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		
	Profesión/ Actividad	DNI / CE	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		
	Profesión/ Actividad	DNI / CE	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Fecha de Nac. ___/___/___
3	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Parentesco con el titular		
	Profesión/ Actividad	DNI / CE	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	Nacionalidad	Fecha de Nac. ___/___/___

** Para el seguro Auxilio Médico, puedes considerar también a los Trabajadores del Hogar.

5. DATOS DEL CONTRATANTE DEL SEGURO - RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PÓLIZA (LLENAR ÚNICAMENTE SI ES DIFERENTE DEL TITULAR POR ASEGURAR)

Nombre completo (persona o empresa)		DNI / CE / RUC		Tipo P. Natural <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento ___/___/___	
P. Jurídica <input type="checkbox"/>						
Nacionalidad	Celular	Dirección				
Correo electrónico		Distrito		Provincia	Departamento	

6. AUTORIZACIÓN - ENVÍO DE PÓLIZA SOLO POR CORREO ELECTRÓNICO

De aprobarse la solicitud, autorizo que mi póliza sea enviada únicamente por correo electrónico. **ACEPTO** **NO ACEPTO**

En caso de aceptar estas condiciones, por favor leer el numeral 4 de la sección IMPORTANTE (página 6/7)

Firma del Titular: _____ 1/7

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

Responde cada una de las preguntas indicadas a continuación marcando una "X" en el recuadro correspondiente. Asegúrate que todas estén completas, de lo contrario la solicitud no podrá ser procesada y se tomará como no presentada. 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)

Nº	¿Presentas o has presentado padecimientos relacionados con estas enfermedades?	Titular		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1	Sistema nervioso. Por ejemplo: migraña, desmayos, convulsiones, epilepsia, derrame cerebral, párkinson u otros.								
2	Sistema ocular. Por ejemplo: enfermedad de retina, cataratas, glaucoma, pterigión o carnosidad u otros.								
3	Aparato respiratorio. Por ejemplo: asma bronquial, bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño, sinusitis, desviación de tabique nasal, hipertrofia de adenoides o cornetes u otros.								
4	Aparato cardiovascular. Por ejemplo: angina, arritmia, soplo cardiaco, infarto cardiaco, presión arterial alta, enfermedad de las válvulas cardiacas, angioplastia, várices, trombosis u otros.								
5	Sistema endocrino. Por ejemplo: diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, tumores de hipófisis, síndrome de Cushing, hiperprolactinemia u otras.								
6	Aparato genito-urinario. Por ejemplo: insuficiencia renal, glomerulonefritis, incontinencia urinaria, adenoma de próstata, infección urinaria crónica, quistes renales u otras.								
7	Enfermedades ginecológicas. Por ejemplo: quistes de mama, ovario, fibroadenoma, enfermedad lamatoria pélvica, mioma uterino, endometriosis, cervicitis crónica u otras.								
8	Aparato digestivo y pared abdominal. Por ejemplo: gastritis, úlcera, hernia hiatal, cirrosis hepática, cálculos en la vesícula, pancreatitis, pólipos en el colon, colon irritable, hemorroides, eventraciones, hernias, diástasis de rectos u otras.								
9	Oncológicas: cáncer de cualquier órgano del cuerpo.								
10	Sistema sanguíneo. Por ejemplo: anemia, policitemia, leucemia, desorden de coagulación, hemofilia u otras.								
11	Enfermedades reumatológicas. Por ejemplo: artritis, artrosis, fibromialgia, lupus, esclerosis múltiple, esclerodermia u otras.								
12	Enfermedades óseas o de articulaciones. Por ejemplo: enfermedad de los meniscos, amputaciones, hernias del núcleo pulposo, discopatía, cervicalgia, lumbago, escoliosis, implantes.								
13	Enfermedades infecciosas crónicas. Por ejemplo: hepatitis B o C, brucelosis, VIH/sida u otras.								
14	Enfermedades psiquiátricas. Por ejemplo: depresión, psicosis, esquizofrenia, paranoia, déficit de atención, demencia u otras.								
15	Enfermedades congénitas o hereditarias. Por ejemplo: síndrome de Down, cardiopatía, síndrome de Marfan u otras.								
16	Trasplante de cualquier órgano								
17	Enfermedades de la piel. Por ejemplo: acné, rosácea, psoriasis, vitíligo, dermatitis alérgica u otras.								
18	Procedimientos estéticos o reconstructivos: cirugías, prótesis o implantes de cualquier tipo. Por ejemplo: nariz, mamas, glúteos u otros.								
19	Otras enfermedades, dolencias o afecciones no consignadas en esta lista. Especificar: _____								

Nº	¿Presentas o has presentado padecimientos relacionados con estas enfermedades?	Titular		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
20	¿Alguna de las personas por asegurar ha tenido alguna hospitalización y/o cirugía previa?								
21	¿Alguna de las personas por asegurar recibe algún medicamento actualmente o lo ha recibido en los últimos 12 meses?								
22	¿Se encuentra en estado de gestación? ¿Cuántas Semanas? _____								
23	¿Realizas algún deporte de alto riesgo por ejemplo Kayak, alpinismo, aviación, buceo, ciclismo de montaña, conducción de vehículos de carrera, entre otros? Especificar _____								
24	¿Fumas cigarrillos?								
25	¿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 ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DEL PUNTO ANTERIOR FUE AFIRMATIVA (A EXCEPCIÓN DE LAS PREGUNTAS 22, 23 Y 24), COMPLETA ESTE CUADRO:

Nº de la pregunta afirmativa	Nombre completo	Enfermedad o dolencia	Clínica o centro médico donde se atendió	Tratamiento recibido			Fecha de diagnóstico	Estado de salud actual*
				Medicamentos	Cirugías	Hospitalización		

* Indicar si está curado o en tratamiento.

7. CONTINUIDAD DE PREEXISTENCIAS

Indicar si alguna de las personas por asegurar tiene o ha tenido cobertura médica en un seguro o plan de salud.

Nombre de la persona	Fecha de vigencia		Nombre de la compañía
	Desde	Hasta	

Para gozar del beneficio de continuidad de enfermedades preexistentes y exonerarte de los períodos de carencia y espera, deberás adjuntar los siguientes documentos:

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

Asimismo, para gozar del beneficio de continuidad de preexistencias, debes haber solicitado el seguro considerando los siguientes plazos:

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

8. INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA (MONTO 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*	Cupones
<input type="checkbox"/> Contado (1 cuota)	<input type="checkbox"/> Contado (1 cuota)
<input type="checkbox"/> 4 cuotas sin intereses	<input type="checkbox"/> 4 cuotas sin intereses
<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	<input type="checkbox"/> 6 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)
<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 12%)	<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 17.5%)

La forma de pago acordada se aplicará a las posteriores vigencias de la Póliza, salvo modificación por parte del contratante y/o del asegurado.

(*) El Solicitante deberá firmar la autorización para el débito automático que se anexa a esta solicitud.

9. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre	Código
Correo electrónico	Celular

10. CONSTANCIA

Dejo constancia que he completado esta solicitud en su totalidad.

Acepto

No acepto

Dejo constancia que he leído los términos y condiciones legales adjuntos en las páginas 5, 6 y 7 de la solicitud de salud.

Acepto

No acepto

Nombres y apellidos: _____

Firma del titular*
(La firma debe coincidir con la que aparece en el DNI)

* En caso que el titular por asegurar sea menor de edad, el contratante del seguro deberá ser el padre que ejerza la patria potestad, quien en su representación deberá firmar la presente solicitud, de acuerdo con lo establecido en los artículos 45°, 418° y 423° inciso 6) del Código Civil. La Compañía se reserva el derecho de verificar la validez de los datos. Igual facultad podrá ejercer el tutor legal del menor de edad de conformidad con los artículos 502°, 526° y 527° del Código Civil Peruano.

El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros. RUC: 20100035392
 Oficina principal: Torre Pacífico. Av. Juan de Arona 830, San Isidro. T(511) 518-4000

DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Declaro que:

1. Conozco que la veracidad y exactitud de la información aquí consignada es esencial para la determinación de la prima, la cobertura y la decisión final de PACÍFICO SEGUROS para asegurar el riesgo analizado. Por ello conozco que la prima que me ha sido informada al momento de llenar esta Solicitud puede variar dependiendo de las condiciones médicas que he declarado en esta Solicitud, en cuyo caso la nueva prima me será informada para que preste mi aceptación de manera previa a la emisión de la Póliza.

2. Conozco que las omisiones y/o imprecisiones respecto al llenado de la Declaración Jurada de Salud que consta en el presente documento, impactan de forma esencial en la evaluación del riesgo, la determinación de las primas y, por ende, en la cobertura del seguro.

3. Conozco que la reticencia y/o declaración inexacta, hecha con dolo o culpa inexcusable (negligencia grave), en el llenado de la presente Solicitud de preguntas respondidas, genera la nulidad del Contrato de Seguro.

4. Conozco que constituye reticencia y/o declaración inexacta con dolo o culpa inexcusable (negligencia grave), según el caso, por ejemplo:

- Completar de forma inexacta la Declaración Jurada de Salud con el propósito de faltar, ocultar o cambiar la verdad de mi situación de salud o la de mis Dependientes inscritos. No aplica cuando las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o declaración jurada de salud y PACÍFICO SEGUROS igualmente celebró el contrato.
- Realizar un llenado incompleto o parcial de la Declaración Jurada de Salud, con reserva o silencio de elementos fundamentales para el conocimiento exacto de mi situación de salud o la de mis DEPENDIENTES inscritos. No aplica cuando las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o declaración jurada de salud y PACÍFICO SEGUROS igualmente celebró el contrato.
- No revelar datos o información contenida en la(s) historia(s) clínica(s) del Solicitante o Dependientes a asegurar solicitada por PACÍFICO SEGUROS al momento de la evaluación de la presente Solicitud de Seguro, conforme a lo establecido en el artículo 29 de la Ley 26842 – Ley General de Salud.

5. Conozco que tengo la obligación de notificar por escrito a PACÍFICO SEGUROS, en la Póliza, los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y conozco también que esta obligación se extiende durante la vigencia del Contrato de Seguro; y, asimismo, en las vigencias de pólizas que se negocien sucesiva e ininterrumpidamente.

6. Conozco que tengo la obligación de informar a PACÍFICO SEGUROS sobre cualquier evento o circunstancia que directa o indirectamente pueda ser pertinente para corregir, actualizar y/o complementar las declaraciones de mi estado de salud realizadas para la emisión de la Póliza original o para el caso de nuevas vigencias sucesivas e ininterrumpidas. Si no actualizo la información que brindo para la emisión de la Póliza original, se entenderá que he confirmado que no existe información nueva que directa o indirectamente sea relevante para corregir, actualizar y/o complementar las declaraciones realizadas de mi estado de salud o de mis dependientes.

7. Conozco que estoy facultado para plantear ante PACÍFICO SEGUROS todas las consultas y/o dudas que pueda tener respecto del contenido de la Declaración Jurada de Salud que consta en el presente documento.

8. Conozco que para la atención de mis preexistencias o las de mis dependientes, de ser el caso, y una vez celebrado el Contrato de Seguro, PACÍFICO SEGUROS solicitará a la compañía de seguros cuya información proporciono en este acto, los antecedentes médicos correspondientes, que permitan la continuidad, o cualquier información que demuestre que mi preexistencia fue cubierta por dicho seguro de similares características, en el periodo inmediato anterior a la presente Póliza. Esto, a efectos de conocer los alcances de mi anterior seguro y otorgarme la continuidad de la cobertura correspondiente.

9. He tenido a mi disposición de manera previa a la contratación de este seguro las condiciones generales, condiciones particulares, condiciones especiales y demás información del seguro que solicito. Conozco que esta Póliza se encuentra sometida a periodos de carencia y de espera según lo señalado en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares, periodos en los cuales no se aplican determinadas coberturas.

10. Conozco que en caso de aprobarse esta solicitud y emitirse la póliza de seguro, PACÍFICO SEGUROS tiene la facultad de ceder la póliza como parte de la cartera de este producto de seguro, cumpliendo para ello de manera previa con el procedimiento establecido por la normatividad vigente ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Asimismo, declaro que tengo derecho a no aceptar la cesión de cartera, en cuyo caso el contrato de seguro terminará a la finalización de su vigencia anual.

IMPORTANTE**1. Aprobación de la solicitud de seguro**

PACÍFICO SEGUROS entregará la Póliza de seguro al Solicitante Titular y/o Contratante dentro del plazo de 15 días calendario de haber recibido la solicitud, si es que no es rechazada, salvo en los productos que no tengan condiciones de asegurabilidad en los que solo es suficiente la aceptación del contratante para obtener el seguro.

No obstante, cuando corresponda, PACÍFICO SEGUROS se obliga a comunicar el rechazo de la solicitud dentro del plazo de 15 días calendario de recibida, salvo que PACÍFICO SEGUROS haya requerido información adicional y/u otros requerimientos adicionales, necesarios para la evaluación del riesgo, dentro del referido plazo. En este caso, el plazo para comunicar el rechazo se contará a partir de la recepción de la información completa solicitada y de cumplidos los requerimientos realizados por PACÍFICO SEGUROS.

En el supuesto que el Contratante y/o Asegurado no complete la información solicitada por PACÍFICO SEGUROS y/o no cumpla con los requerimientos que PACÍFICO SEGUROS haya realizado, se considerará rechazada la solicitud. El Contratante y/o Asegurado podrá presentar una nueva solicitud

2. Medios de comunicación pactados: escritos (correo electrónico o comunicaciones enviadas al domicilio físico) y telefónicos

Autorizo a PACÍFICO SEGUROS, a que en el caso de aprobar la presente solicitud, pueda enviar válidamente cualquier comunicación y/o notificación vinculada con este seguro durante su vigencia por cualquiera de los medios de comunicación arriba indicados, precisándose que las comunicaciones por teléfono se realizarán únicamente en aquellos casos en que la comunicación escrita no sea requerida de forma específica, conforme al marco normativo vigente. Declaro, igualmente, conocer y estar de acuerdo con que las comunicaciones y/o notificaciones que sean dirigidas a mi correo electrónico surtirán efectos y las consideraré recibidas a partir del momento en que éstas sean recibidas en el servidor de mi cuenta del correo electrónico, considerándose igualmente que en ese momento he tomado conocimiento del contenido del documento enviado por dicho medio. Se enviarán comunicaciones por escrito al domicilio físico del contratante y/o asegurado, en caso la normatividad vigente lo exija o, no se consigne una dirección electrónica en la presente solicitud.

3. Declaración jurada del Solicitante titular y dependientes por asegurar

Declaro que yo y/o mis dependientes no hemos omitido informar sobre alguna enfermedad o dolencia en la declaración de salud y que las respuestas proporcionadas en la solicitud, así como en la declaración jurada de salud, son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad, hecha con dolo o culpa inexcusable, hace nulo el contrato de seguro, y PACÍFICO SEGUROS tendrá derecho, a título indemnizatorio, a las primas acordadas para el primer año de duración del contrato. Las declaraciones anteriores son verdaderas y esenciales para la determinación de la prima, la cobertura y la decisión de PACÍFICO SEGUROS para asegurar el riesgo analizado, en tal sentido como Solicitante suscribo la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada.

Asimismo, declaro conocer que la totalidad de la información que PACÍFICO SEGUROS puede llegar a conocer sobre mi estado de salud y de mis dependientes (incluyendo lo referido a preexistencias), consiste en, y se circunscribe exclusivamente a:

- I. Las declaraciones brindadas por EL ASEGURADO en la Declaración Jurada de Salud y la Solicitud del seguro.
- II. La información complementaria que pueda ser requerida por PACÍFICO SEGUROS y/o presentada en los plazos establecidos para cada caso.
- III. La base de datos interna de PACÍFICO SEGUROS.

De conformidad con el artículo 25 inciso a) de la Ley General de Salud N°26842, el Solicitante presta su consentimiento para que cualquier establecimiento de salud sea público, privado o mixto, así como médicos tratantes proporcionen a PACÍFICO SEGUROS en el momento en que ésta deba evaluar la procedencia de una solicitud de cobertura en caso de siniestro, cualquier información del acto médico, relacionado a su atención o a la de sus dependientes, tales como historia clínica, certificado e informes, dispensándolos de la reserva de información. Sin perjuicio de lo expuesto el Solicitante reconoce que las clínicas o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de información, por lo que estos podrán brindar a PACÍFICO SEGUROS o a la administradora del financiamiento toda la información relacionada con el acto médico del Solicitante, siempre que fuese con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

PACÍFICO SEGUROS podrá incrementar la prima informada dependiendo de la evaluación del estado de salud, declaración jurada y antecedentes médicos del Solicitante y/o dependientes, según lo declarado por el Solicitante. En este caso PACÍFICO SEGUROS me deberá informar previamente para que preste mi consentimiento antes de la emisión de la Póliza.

4. Autorización para envío de pólizas electrónicas

Declaro expresamente y de manera previa que estoy de acuerdo con que PACÍFICO SEGUROS me envíe por medio electrónico la Póliza que he contratado, los endosos y las renovaciones futuras, y que:

He sido informado por PACÍFICO SEGUROS de la forma de envío de la Póliza por el medio electrónico pactado y el procedimiento que se seguirá, con las ventajas y los posibles riesgos asociados, y asimismo he tomado conocimiento de las medidas de seguridad que me corresponde aplicar.

La forma de envío de la Póliza será a mi correo electrónico, señalado en este documento.

Para la confirmación de la recepción de la Póliza, será suficiente la confirmación de recepción que efectúa el propio sistema de PACÍFICO SEGUROS cuando mi bandeja de entrada recibe el correo electrónico con la Póliza de seguro, salvo que se demuestre un error respecto del envío de la comunicación.

La autenticidad e integridad de la Póliza de seguro, se dará con el envío en PDF donde constará la firma electrónica del representante legal de PACÍFICO SEGUROS.

5. Aceptación tácita por cambio de condiciones

De aprobarse esta solicitud y emitirse la Póliza de seguro, PACÍFICO SEGUROS podrá modificar las primas y demás condiciones de la Póliza, al término de la vigencia de la misma, cursando aviso por escrito con 45 días previos al vencimiento del contrato, detallando los cambios. El CONTRATANTE tendrá treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para expresar su rechazo. Se considerará que existe aceptación tácita a la propuesta de cambio si, vencido el plazo anteriormente señalado, el CONTRATANTE no expresó su rechazo pero procede a pagar la prima o a firmar el Convenio de Pago obligándose a pagarla o a aceptar el cargo en cuenta o en su tarjeta de crédito y/o débito, según se haya establecido en el Convenio de Pago. Se precisa que en los casos en que se haya venido renovando la Póliza de manera sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años; el CONTRATANTE tendrá derecho a renovar su Póliza indefinidamente con coberturas no menores que las pactadas en la última vigencia.

6. Ley de protección de datos personales

a) Por la presente cláusula PACÍFICO SEGUROS GENERALES informa a EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO que, de acuerdo a la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS y las demás disposiciones complementarias, PACÍFICO SEGUROS GENERALES está legalmente autorizada para tratar la información que EL CONTRATANTE le entregue al momento de contratar la Póliza, (en adelante la “Información”) con la finalidad de ejecutar la relación contractual que origina este contrato.

Asimismo, PACÍFICO SEGUROS GENERALES informa a EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO que, para dar cumplimiento a las obligaciones y/o requerimientos que se generen en virtud de las normas vigentes en el ordenamiento jurídico peruano, incluyendo pero sin limitarse a las vinculadas al sistema de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y normas prudenciales, PACÍFICO SEGUROS GENERALES podrá dar tratamiento y eventualmente transferir su Información a autoridades y terceros autorizados por ley. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO, reconoce que estarán incluidos dentro de su Información todos aquellos datos, operaciones y referencias a los que PACÍFICO SEGUROS GENERALES pudiera acceder en el curso normal de sus operaciones, ya sea por haber sido proporcionados por EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO o por terceros o por haber sido desarrollados por PACÍFICO SEGUROS GENERALES, tanto en forma física, oral o electrónica y que pudieran calificar como “Datos Personales” conforme a la legislación de la materia.

En virtud de lo señalado anteriormente EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza expresamente a PACÍFICO SEGUROS GENERALES a incorporar su Información al banco de datos personales de usuarios de responsabilidad de PACÍFICO SEGUROS GENERALES, para que éste pueda almacenar, dar tratamiento, procesar y transferir su Información a sus subsidiarias, afiliadas y/o socios comerciales listados en la página web de PACÍFICO SEGUROS www.pacifico.com.pe (las “Terceras Empresas”) conforme a los procedimientos que PACÍFICO SEGUROS GENERALES determine en el marco de sus operaciones habituales, para efectos de los fines señalados en los párrafos anteriores.

b) Asimismo, EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza a PACÍFICO SEGUROS GENERALES a utilizar su Información a efectos de:

(i) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquiera de los productos o servicios que PACÍFICO SEGUROS GENERALES brinda, incluyendo pero sin estar limitado a seguros de riesgos generales incluidos los de accidentes personales y SOAT.

(ii) Ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquier otra Póliza, producto o servicio de PACÍFICO SEGUROS GENERALES o de las Terceras Empresas.

(iii) Transferirla a las Terceras Empresas a efectos de que cada una de ellas pueda ofrecerle sus productos o servicios, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático.

c) EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO reconoce haber sido informado que su Información podrá ser conservada, tratada y transferida por PACÍFICO SEGUROS GENERALES a las Terceras Empresas hasta diez años después de que finalice su relación contractual con PACÍFICO SEGUROS GENERALES. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, siempre que cumpla con los requisitos exigidos por las normas aplicables, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS GENERALES de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público, la página web de PACÍFICO SEGUROS www.pacifico.com.pe o por teléfono.

d) EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO se obliga a mantener permanentemente actualizada su Información durante la vigencia de este contrato, especialmente en cuanto se refiere a su nacionalidad, lugar de residencia, situación fiscal o composición accionaria de ser el caso.

7. Derecho de arrepentimiento

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