



Solicitud de afiliación EPS

Nombre de la entidad empleadora: _____

Fecha de ingreso del trabajador en la entidad empleadora: _____ / _____ / _____ día mes año
 Mes de ingreso al plan de salud: _____ / _____ mes año

Plan elegido: () Plan Base () Adicional 1 () Adicional 2 () Otros: _____

Datos del trabajador

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

1er nombre: _____ 2do nombre: _____

Área donde trabaja: _____ Cargo actual: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ día mes año Sexo: F () M () Documento de identidad: DNI () CE () _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Email: _____

Jr/Av/Calle: _____ N°: _____ Mz/Lote: _____

Dpto/Piso/Int: _____ Sec/Etapa/Zona: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Trámite a realizar

Inscripción (inclusión) ()

Modificación ()

Exclusión ()

Marque con una X el motivo de la inclusión:

Nuevo ingreso a la empresa	<input type="checkbox"/>
Matrimonio	<input type="checkbox"/>
Nacimiento	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Dice: _____

Debe decir: _____

Motivo de la exclusión: _____

Relación de dependientes o derechohabientes a inscribir o excluir

(C =cónyuge o concubino(a) / H =hijo(a) / P =padre o madre):

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	C	H	P	D.N.I.	F. de nacimiento
							/ /
							/ /
							/ /
							/ /
							/ /

Nota: Son dependientes o derechohabientes legales los hijos hasta los 18 años, cónyuge o concubino(a) declarados. Puede afiliar, además, a sus hijos menores de 25 años.

Declaración de salud

- 1) ¿Usted y/o sus derechohabientes por afiliar han padecido o padecen alguna dolencia o enfermedad? Sí () No ()
- 2) ¿Usted y/o sus familiares por afiliar, han requerido pruebas o exámenes especializados o electrocardiogramas, electroencefalogramas, Rayos X u otros? Sí () No ()
- 3) ¿Usted o su cónyuge se encuentra gestando actualmente? Sí () No () Semanas de gestación: _____

Si cualquiera de las respuestas es afirmativa sirvase completar la siguiente información:

Nombre completo	Enfermedad / Dolencia	Médico	Clínica	Año	Condición actual



Solicitud de afiliación EPS

Nombre de la entidad empleadora: _____

Fecha de ingreso del trabajador en la entidad empleadora: _____ / _____ / _____ día / mes / año Mes de ingreso al plan de salud: _____ / _____ mes / año

Plan elegido: () Plan Base () Adicional 1 () Adicional 2 () Otros: _____

Datos del trabajador

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

1er nombre: _____ 2do nombre: _____

Área donde trabaja: _____ Cargo actual: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ día / mes / año Sexo: F () M () Documento de identidad: DNI () CE () _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Email: _____

Jr/Av/Calle: _____ N°: _____ Mz/Lote: _____

Dpto/Piso/Int: _____ Sec/Etapa/Zona: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Trámite a realizar

Inscripción (inclusión) ()

Modificación ()

Exclusión ()

Marque con una X el motivo de la inclusión:

Nuevo ingreso a la empresa	<input type="checkbox"/>
Matrimonio	<input type="checkbox"/>
Nacimiento	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Dice: _____

Debe decir: _____

Motivo de la exclusión: _____

Relación de dependientes o derechohabientes a inscribir o excluir

(C =cónyuge o concubino(a) / H =hijo(a) / P =padre o madre):

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	C	H	P	D.N.I.	F. de nacimiento
							/ /
							/ /
							/ /
							/ /
							/ /

Nota: Son dependientes o derechohabientes legales los hijos hasta los 18 años, cónyuge o concubino(a) declarados. Puede afiliar, además, a sus hijos menores de 25 años.

Declaración de salud

- 1) ¿Usted y/o sus derechohabientes por afiliar han padecido o padecen alguna dolencia o enfermedad? Sí () No ()
- 2) ¿Usted y/o sus familiares por afiliar, han requerido pruebas o exámenes especializados o electrocardiogramas, electroencefalogramas, Rayos X u otros? Sí () No ()
- 3) ¿Usted o su cónyuge se encuentra gestando actualmente? Sí () No () Semanas de gestación: _____

Si cualquiera de las respuestas es afirmativa sirvase completar la siguiente información:

Nombre completo	Enfermedad / Dolencia	Médico	Clínica	Año	Condición actual

De acuerdo a lo establecido por la Ley N° 29561 - Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud - y su Reglamento aprobado por DS N° 008-2012-SA, Pacífico EPS garantiza la continuidad de la cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado para los trabajadores que cambien de un plan a otro a consecuencia del cambio de centro laboral o de Entidad Empleadora de Salud. Esta disposición es aplicable a los trabajadores y sus derechohabientes (no incluye padres ni hijos mayores de 18 años).

Para tal efecto, el plazo para que el trabajador tenga el derecho a la cobertura de los tratamientos considerados en el párrafo anterior, conforme a lo establecido en el artículo 11 del DS N° 008-2012-SA - Reglamento de la Ley N° 29561 - deberá ser el que corresponde al período de latencia conforme a lo establecido en el artículo 37 del DS 009-97-SA - Reglamento de la Ley N° 26790. Si es que el afiliado regular o su derechohabiente no hubiera constituido el derecho señalado en el artículo 37, corresponde un plazo de dos (2) meses para que se produzca el derecho a la continuidad. Para hacer efectiva la continuidad de la cobertura de preexistencias de capa compleja, el trabajador deberá haber dejado su centro laboral o haber cambiado de EPS a partir del 19 de julio de 2010 e inscribirse en el nuevo plan de salud, dentro de los noventa (90) días calendario, posteriores al inicio de su nueva relación laboral.

Autorizo a Pacífico EPS a solicitar la información necesaria a la anterior EPS respecto a las condiciones, limitaciones y exclusiones de la cobertura del plan de salud, así como al reporte de las prestaciones de salud recibidas por el titular y sus derechohabientes durante dicha vigencia

¿Tiene o ha tenido algún plan de salud en una EPS? SÍ NO

Si su respuesta es afirmativa, sirvase responder las siguientes preguntas:

Nombre de la EPS donde estuvo afiliado: _____

Fecha de cese en su anterior vínculo laboral: ____ / ____ / ____
 día mes año

Fecha de inicio en su nuevo vínculo laboral: ____ / ____ / ____
 día mes año

Certifico que las respuestas y declaraciones contenidas en ese documento son verdícas, completas y se ajustan a la realidad, y es de mi conocimiento que cualquier falsedad, simulación u omisión voluntaria o involuntaria, anula y deja sin efecto alguno la cobertura del Plan de Salud, liberando de toda responsabilidad y compromiso a PACÍFICO EPS.

Asimismo, declaro tener conocimiento que PACÍFICO EPS se reserva el derecho de calificar el riesgo en base a las respuestas y declaraciones contenidas en este documento, y/o tomando en cuenta los antecedentes médicos, datos del archivo médico, exámenes de laboratorio, copia de historia clínica o cualquier documento médico, con la finalidad de determinar las condiciones que corresponden para el otorgamiento de cobertura de capa compleja, así como la(s) preexistencia(s) de capa compleja que será(n) excluida(s) de la cobertura.

En caso de declaración falsa o inexacta, acepto reintegrar a PACÍFICO EPS el monto de los gastos en los que ésta hubiera podido incurrir por la atención de mi(s) enfermedad(es) preexistente(s) no declarada(s) o por la atención de la(s) enfermedad(es) preexistente(s) no declarada(s) de cualquiera de mis derechohabientes legales. Finalmente, autorizo a las clínicas y hospitales, así como a los médicos tratantes, instituciones, centros médicos o laboratorios, para que suministren a PACÍFICO EPS cualquier información, datos del archivo médico, exámenes de laboratorio, copia de historia clínica o cualquier documento médico, inclusive los relacionados con el VIH - SIDA, dispensándolos del secreto profesional.

Asimismo, conforme a la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por D.S. N° 003-2013-JUS, se informa a la Entidad Empleadora y a los Afiliados Regulares al Plan de Salud y sus Derechohabientes que los datos personales y sensibles que suministren en el presente documento se incorporarán a una o más bases de datos automatizadas o no automatizadas de las que Pacífico EPS es titular y responsable.

Los datos personales que la Entidad Empleadora y los Afiliados Regulares y sus Derechohabientes hayan proporcionado, autorizan libre, expresa e inequívocamente a PacíficoEPS a tratar por sí o mediante terceros, y a transferir, inclusive para fines comerciales, envío de publicidad y/o promociones de diferentes productos o servicios, flujo transfronterizo de datos personales; así como a transferir dicha información a sus empresas vinculadas, subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece, supuesto en el cual sus datos serán almacenados y tratados en las bases de datos de cualquiera de ellos.

NOTA: Es obligación de titular y derechohabiente(s) legal(es) responder todas las preguntas de la presente solicitud, caso contrario, esta no podrá ser procesada y será devuelta como incompleta.

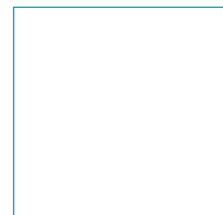
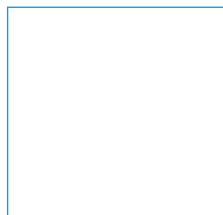
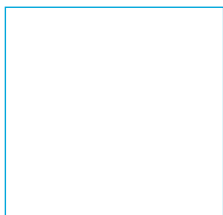
 Firma y sello de la entidad empleadora

 Firma del trabajador

____ / ____ / ____
 día mes año

Fotografías

Es importante que adjunte las fotografías de todos al momento de la afiliación, pegándolas en cada recuadro. De no tenerlas al momento de la afiliación, proporciónelas a la brevedad a su empleador para que puedan ser regularizadas.



Apellido paterno _____
 Apellido materno _____
 Nombres _____
 Titular () _____
 Estatura _____
 Peso _____

Apellido paterno _____
 Apellido materno _____
 Nombres _____
 Parentesco _____
 Estatura _____
 Peso _____

Apellido paterno _____
 Apellido materno _____
 Nombres _____
 Parentesco _____
 Estatura _____
 Peso _____

Apellido paterno _____
 Apellido materno _____
 Nombres _____
 Parentesco _____
 Estatura _____
 Peso _____

