

SOLICITUD DE AFILIACIÓN EPS

Afiliación: <input type="checkbox"/>	Inclusión: <input type="checkbox"/>
Inicio vigencia del(los) afiliado(s): ____/____/____	
Fecha de inicio en el centro laboral: ____/____/____	
Elección de Plan (marque con una X)	
Plan Regular - Titular, Cónyuge e hijos hasta 18 años:	Plan base <input type="checkbox"/> Plan adicional 1 <input type="checkbox"/> Plan adicional 2 <input type="checkbox"/>
Plan Potestativo: <input type="checkbox"/>	Especificar: _____

1. Información de la Entidad Empleadora		
Nombres o razón Social:	RUC:	
Dirección:	Distrito:	
Provincia:	Departamento:	Teléfono:
Correo Electrónico:		
Código CIU (Actividad Económica)		

2. Información del Titular		
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	
Nombres:	Fecha de Nac.: ____/____/____	
E-mail:	Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	N°:	
Nacionalidad:	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Teléfono:
Celular:	Domicilio:	
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Ocupación:	Peso:	Talla:
<p>La filosofía del sistema de seguridad social es que todos los trabajadores y sus derechohabientes tengan cobertura de salud, ya sea en EsSalud o en una EPS. Si un trabajador se afilia a una EPS, tanto él como sus derechohabientes pierden la cobertura del PEAS en EsSalud y la trasladan a dicha EPS. Por tal motivo, de no afiliarlos, quedarían desprotegidos. No obstante, si dichos derechohabientes gozan de una cobertura de salud a través del cónyuge que labora en otra entidad empleadora, ya no resulta indispensable que el primero los afilie a su EPS.</p>		

3. Información de los Derechohabientes o Dependientes		
Cónyuge / Conviviente		
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	
Nombres:		
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac.: ____/____/____	
Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	N°:	
Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Parentesco: Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>	
E-mail:		
Ocupación:	Peso:	Talla:
Hijo 1		
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	
Nombres:		
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac.: ____/____/____	
Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	N°:	
Correo:	Teléfono:	
Ocupación:	Peso:	Talla:

Hijo 2	
Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac.: ____/____/____
Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	N°:
Correo:	Teléfono:
Ocupación:	Peso: Talla:
Hijo 3	
Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac.: ____/____/____
Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	N°:
Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
Correo:	Teléfono:
Ocupación:	Peso: Talla:
Hijo 4	
Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac.: ____/____/____
Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	N°:
Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
Correo:	Teléfono:
Ocupación:	Peso: Talla:

Firma del Titular

4. Declaración de Salud																						
El titular solicitante deberá responder Sí o No marcando con "X" en cada casilla correspondiente.																						
Se deja expresa constancia que el Titular se encuentra en la obligación de llenar completamente la presente Declaración Personal de Salud respecto del mismo y sus derechohabientes. La EPS se reserva el derecho a analizar el otorgamiento de las coberturas de aquellos casos en que alguna o algunas de las preguntas no sea(n) respondida(s).																						
¿Alguno de los solicitantes (titular o dependientes) ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por alguna de las enfermedades o dolencias descritas a continuación?																						
Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final											Titular		Cónyuge/ conviviente		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3		Hijo 4	
											Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES																						
a. Hipertensión arterial (presión alta).			b. Infarto Cardíaco.			c. Angina (dolor) de Pecho.			d. Aneurisma.													
e. Arritmia Cardíaca.			f. Várices de Piernas.			g. Malformaciones del Corazón.			h. Trombosis.													
i. Enfermedad de las Válvulas Cardíacas.			j. Angioplastia / By pass Aortocoronario.																			
2. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO																						
a. Accidente Cerebro Vascular.			b. Migraña.			c. Secuela de Polio.			d. Vértigo.													
e. Epilepsia.			f. Convulsiones.			g. Neuralgias Post Herpéticas.			h. Parálisis.													
i. Hemorragia Intracraneal.			j. Parkinson.			k. Trastorno Mental por Enfermedad o Accidente.																
l. Enfermedades neurodegenerativas de cualquier tipo.																						
3. ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES																						
a. Gastritis crónica.			b. Úlcera gástrica.			c. Úlcera duodenal.			d. Hígado graso.													
e. Pólipos en colon.			f. Prolapso del Recto.			g. Esofagitis.			h. Cirrosis.													
i. Hepatitis crónica.			j. Pancreatitis.			k. Colon irritable.			l. Hemorroides.													
m. Hernia hiatalp.			n. Cálculos en vesícula.			o. Reflujo gastroesofágico.																
4. ENFERMEDADES ENDOCRINAS																						
a. Diabetes.			b. Hipotiroidismo.			c. Hiperuricemia.			d. Hipertiroidismo.													
e. Colesterol elevado.			f. Hiperprolactinemia.			g. Obesidad.			h. Bocio.													
i. Triglicérido elevado.			j. Adenoma de hipófisis.			k. Hiperkortisonismo (Cushing).																
l. Enfermedades Inmune Reumatológicas (Gota).																						
5. ENFERMEDADES DE VÍAS RESPIRATORIAS																						
a. Bronquitis crónica.			b. Asma.			c. Hiperreactividad bronquial.			d. Sinusitis crónica.													
e. Tabique nasal desviado.			f. Tuberculosis.			g. Hipertrofia de cornetes.			h. Tos crónica.													
i. Fibrosis pulmonar.			j. Pólipo nasal.																			
						k. Rinitis alérgica (secreción nasal, estornudos).																
6. ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO																						
a. Infección urinaria recurrente.			b. Cistitis crónica.			c. Enfermedad Renal Crónica.			d. Diálisis.													
e. Enfermedad Renal Aguda.			f. Varicocele.			g. Pielonefritis crónica.			h. Prostatitis crónica.													
i. Riñones poliquísticos.			j. Incontinencia urinaria.																			
						k. Hiperplasia (enfermedad / aumento) de la próstata.																
7. ENFERMEDADES DE LOS HUESOS Y ARTICULACIONES																						
a. Artrosis de cadera.			b. Artrosis de rodilla.			c. Artrosis de hombro.			d. Artritis reumatoidea.													
e. Fibromialgia.			f. Distrofia muscular.			g. Deformaciones.			h. Amputaciones.													
i. Patologías (lesiones) de Meniscos.			j. Fiebre reumática.			k. Patología (lesiones) Ligamentarias.																
l. Patologías (lesiones) de Tendones.																						
8. ENFERMEDADES AUTOINMUNES O DEL TEJIDO CONECTIVO																						
a. Lupus.			b. Esclerosis Múltiple.			c. Espondilitis Anquilosante.			d. Síndrome de Crohn.													
9. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS																						
a. Anemia por deficiencia de hierro.			b. Hemofilia.			c. Anemia por deficiencia de VIT B12.			d. Linfomas.													
e. Síndrome Mielodisplásico.			f. Trastorno de Hemoglobina.			g. Síndrome Mieloproliferativo.			h. Leucemias.													
i. Desorden de coagulación.																						
10. ENFERMEDADES DE LA VISTA																						
a. Pterigión (carosidad).			b. Estrabismo.			c. Enfermedad de la Retina.			d. Cataratas.													
e. Glaucoma.																						
11. ENFERMEDADES DEL OÍDO																						
a. Otitis crónica.			b. Laberintitis.			c. Hipoacusia.			d. Sordera.													
12. ENFERMEDAD DE LA COLUMNA VERTEBRAL																						
a. Cervicalgia (dolor en región del cuello).			b. Dorsalgia (dolor en región de la espalda/dorsal).			c. Lumbago (dolor en región de la cintura).																
d. Discopatía.			e. Hernia del núcleo pulposo (HNP).																			
13. ENFERMEDADES DE LA PIEL																						
a. Acné.			b. Melasma.			c. Psoriasis.			d. Alopecia.													
e. Lupus.			f. Esclerodermia.			g. Dermatitis atópica.			h. Vitiligo.													
i. Dermatitis Seborreica.																						

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3		Hijo 4	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
14. ENFERMEDADES INFECCIOSAS												
a. Hepatitis B. e. Malaria. h. Infección VIH / SIDA (si no lo desea no responda).	b. Hepatitis C. f. Fiebre Amarilla.		c. Brucellosis / Fiebre Malta. g. Enfermedad de Transmisión Sexual.				d. Dengue.					
15. ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS												
a. Mioma Uterino. e. Prolapso de Útero.	b. Ovario Poliquistico. f. Prolapso de Vejiga.		c. Cervicitis Crónica.				d. Endometriosis.					
16. ENFERMEDADES DE LAS MAMAS												
a. Quistes de mama.	b. Fibroadenoma de mama.		c. Otras enfermedades de las mamas.									
17. CIRUGÍAS												
a. Colon. e. Hernia umbilicalf. h. Vesícula.	b. Estómago. f. Hernia inguinal. i. PCRE (Pancreato Colangiografía Retrógrada Endoscópica).		c. Próstata. g. Hernia discales: cervical, dorsal o lumbar.				d. Hernia epigástrica.					
18. TRASPLANTE DE CUALQUIER ÓRGANO												
19. SE ENCUENTRA EN PERÍODO DE GESTACIÓN												
20. HÁBITOS												
a. Tomar Licor.												
b. Fuma.												
c. Hace deporte.												
21. MENCIONE OTRAS DOLENCIAS O ENFERMEDADES NO CONSIGNADAS EN LA LISTA:	<hr/> <hr/> <hr/>											

Si alguna de las respuestas es afirmativa, sírvase proporcionar información detallada:

N° de la pregunta respondida afirmativamente	Nombre completo de la persona tratada (Titular, cónyuge/ conviviente, Hijo 1, Hijo 2, etc)	Diagnóstico de la enfermedad o dolencia (use la letra indicada en el cuestionario)	Fecha de la última atención y lugar (clínica, consultorio o institución)	Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual

Con la finalidad de dar continuidad a la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 29561 y su Reglamento D.S. N° 008-2012-SA, todo Titular de un plan de salud EPS deberá declarar bajo juramento si se encuentra o ha encontrado bajo la cobertura de un plan de salud en el sistema de EPS. De estarlo o haberlo estado, deberá indicar el nombre de ésta y la fecha de cese de su último vínculo laboral. La continuidad de cobertura de preexistencias opera con la sola presentación de la declaración jurada.

Por el presente documento, el Titular autoriza a **LA POSITIVA EPS** para que pueda solicitar la información necesaria a su anterior EPS, respecto a las condiciones, limitaciones y exclusiones de la cobertura del plan de salud que tenía contratado, así como el reporte de las prestaciones de salud recibidas por el Titular y sus derechohabientes durante su vigencia. Con la autorización brindada, **LA POSITVA EPS** solicitará a la anterior EPS, para que en un plazo no mayor a 90 días calendarios, ésta última le brinde la información señalada. Asimismo, las clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y médicos tratantes, facilitarán el acceso a los documentos médicos relacionados.

¿Tienes o has tenido algún otro seguro o plan de salud? SI NO

Si tu respuesta es afirmativa, completar:

Compañía de Seguros Plan de Salud - EPS PEAS

Indique el nombre de la compañía de seguros o EPS:

Indique el nombre del producto:

Indique el periodo de vigencia: desde: ___/___/___ hasta: ___/___/___

Fecha de cese de tu último vínculo laboral:

Fecha de inicio de tu vínculo laboral actual:

5. Declaración por parte del Afiliado Titular

Certifico que las respuestas y declaraciones contenidas en este documento son verídicas, completas y se ajustan a la realidad, y es de mi conocimiento que cualquier falsedad, simulación u omisión con dolo o culpa inexcusable, anula y deja sin efecto alguno la cobertura del Plan de Salud, liberando de toda responsabilidad y compromiso a **LA POSITIVA EPS**.

Asimismo, declaro tener conocimiento que **LA POSITIVA 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 correspondan para el otorgamiento de cobertura de capa compleja.

En caso de declaración falsa o inexacta, acepto reintegrar a **LA POSITIVA 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.

Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, quien suscribe el documento queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de **LA POSITIVA EPS**, ubicado en su oficina principal.

LA POSITIVA EPS utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento del contrato y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, **LA POSITIVA EPS** utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al suscriptor información sobre productos y servicios que considere de su interés.

El suscriptor reconoce y acepta que **LA POSITIVA EPS** podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados por el suscriptor son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el suscriptor decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte **LA POSITIVA EPS**.

Conforme a ley, el suscriptor está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en www.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

Declaro conocer los montos de copagos que deberá enfrentar el empleador con cargo al crédito o con financiamiento del empleador o trabajadores contenidos en el Plan de Salud ofertado por la EPS, y señalo expresamente mi aceptación en el caso que estos superen los límites establecidos en el artículo 42° del Reglamento de la Ley N° 26790.

NOTA:

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

_____ de _____ de 201__

Firma del Solicitante