Oficina Principal Torre Pacífico: Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú Central de ventas e información: (01) 513 5000 (Lima y Provincias) www.pacificoseguros.com



## Solicitud de afiliación EPS

Nombre de la e	ntidad emplead	lora:									
Fecha de ingreso d entidad empleador		día	_ /_ mes	_ /ai	^ ño	Mes d	e ingr	eso a	l plan de salud:	mes	/año
Plan elegido:	( ) Plan Base	( ) Adicio	onal 1	( )	Adicional 2	(	) Oti	os:			
Datos del traba	jador										
Apellido paterno:					Apellido mate	erno:					
1er nombre:					2do nombre:						
- Área donde trabaja	:				Cargo actual	:					
Fecha de nacimiento: día			F ( ) M	( )	Documento de identidad	:	DNI	( )	CE( )		
Teléfono fijo:			elular:				Em	ail:			
Jr/Av/Calle:					N°:				Mz/Lote:		
Dpto/Piso/Int:					Sec/Etapa/Zor	na:	_				
Distrito:		Provinci	ia:				Depai	rtame	ento:		
Trámite a realiz	zar										
Inscripción (inclus	sión) ( )		Modifica	ación (	( )				Exclusión (	)	
Marque con una X	el motivo de la inclu	sión:									
Nuevo ingreso a la	empresa		Dice:						Motivo de la	exclusión:	
Matrimonio											
Nacimiento			Debe de	cir:							
Otro Relación de dep	pendientes o de	rechohabi	entes a	inscril	oir o excluir						
(C =cónyuge o con Apellido paterr	cubino(a) / H = hijo(a	a) / P =padre o o materno	madre):	Nom	hres	С	Н	Р	D.N.I.	F den	acimiento
ripetitae pateri	7 ipetitat	Thaterno		110111	51 63				D.11.11.	/. dc//	/
										/	/
										/	/
										/	/
										/	/
ota: Son dependie sus hijos menores	entes o derechohab de 25 años.	ientes legales	los hijos h	nasta los	s 18 años, cóny	uge o	conc	ubin	o(a) declarados. F	uede afilia	ır, además
eclaración de	salud										
) ¿Usted y/o sus de olencia o enfermed	erechohabientes por dad?	afiliar han pa	decido o p	adecen	alguna S	Sí ( )	No	( )			
	miliares por afiliar, h ctrocardiogramas, e					Sí ( )	No	( )			
) ¿Usted o su cónyi	uge se encuentra ge	stando actua	lmente?		S	Sí ( )	No	( )	Semanas de gesta	ıción:	_

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

Nombre completo	Enfermedad / Dolencia	Médico	Clínica	Año	Condición actual

Oficina Principal Torre Pacífico: Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú Central de ventas e información: (01) 513 5000 (Lima y Provincias) www.pacificoseguros.com



## Solicitud de afiliación EPS

Fecha de ingreso del trabajador en la entidad empleadora:	/	_ /	Mes de ingreso	o al plan de salud:	/
•	día mes	s año			mes año
Plan elegido: ( ) Plan Base	( ) Adicional 1	( ) Adicional 2	( ) Otros	:	
atos del trabajador					
spellido paterno:		Apellido r	naterno:		
er nombre:		2do nomb	ore:		
rea donde trabaja:		Cargo act	ual:		
echa de acimiento: /	Sexo: F() M	Ocumer de idention	1 11/11 (	) CE( )	
eléfono fijo:	Celular:		Email	:	
/Av/Calle:		N°:		Mz/Lote:	
Opto/Piso/Int:		Sec/Etapa/	Zona:		
Distrito:	Provincia:		Departa	mento:	
rámite a realizar					
nscripción (inclusión) ( )	Modific	cación ( )		Exclusión (	)
Marque con una X el motivo de la inclu:	ción:				
Nuevo ingreso a la empresa	Dice:			Motivo de la	exclusión:
Matrimonio					cherastern.
Vacimiento	Debe de	ecir:			
Otro					
elación de dependientes o de	rochobabientes a	inceribir o evelu	ie		
		IIISCI IDII O EXCIU	III		
C =cónyuge o concubino(a) / H =hijo(a			C   H   F	D.N.I.	F. de nacimient
Apellido paterno Apellido	materno	Nombres			1 1
Apellido paterno Apellido	materno	Nombres			/ /
Apellido paterno Apellido	materno	Nombres			/ /
Apellido paterno Apellido	materno	Nombres			1 1
Apellido paterno Apellido	materno	Nombres			1 1 1 1 1 1
Apellido paterno Apellido	materno	Nombres			/ / / / / / / / / / / / / / / / / / /
ota: Son dependientes o derechohabi sus hijos menores de 25 años.				oino(a) declarados. F	/ / / / / / / / / / / / / / / / / / /
ota: Son dependientes o derechohabi sus hijos menores de 25 años. <b>eclaración de salud</b>	entes legales los hijos	hasta los 18 años, co	ónyuge o concub		/ / / / / / / / / / / / / / / / / / /
ota: Son dependientes o derechohabi	entes legales los hijos	hasta los 18 años, co			/ / / / / / / / / / / / / / / / / / /

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

**3)** ¿Usted o su cónyuge se encuentra gestando actualmente?

113	Nombre completo	Enfermedad / Dolencia	Médico	Clínica	Año	Condición actual
e 20						
mbr						
etie						
)2 S						
2-8(						
Ö						

Sí ( ) No ( ) Semanas de gestación: \_\_\_

Oficina Principal Torre Pacífico: Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú Central de ventas e información: (01) 513 5000 (Lima y Provincias) www.pacíficoseguros.com



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.

Firma y sello de la entidac Fotografías Es importante que adjunte la	mo incompleta.  d empleadora	Firma del trabajador  nto de la afiliación, pegándolas en cada rec que puedan ser regularizadas.  Apellido paterno  Apellido materno	/
Fotografías Es importante que adjunte la afiliación, proporciónelas a la	mo incompleta.  d empleadora  as fotografías de todos al momei a brevedad a su empleador para	Firma del trabajador  nto de la afiliación, pegándolas en cada rec que puedan ser regularizadas.	día mes año cuadro. De no tenerlas al momento de la
NOTA: Es obligación de titular procesada y será devuelta con Firma y sello de la entidad Fotografías Es importante que adjunte la	mo incompleta.  d empleadora  as fotografías de todos al mome	Firma del trabajador nto de la afiliación, pegándolas en cada rec	/
NOTA: Es obligación de titular procesada y será devuelta con Firma y sello de la entidad Fotografías Es importante que adjunte la	mo incompleta.  d empleadora  as fotografías de todos al mome	Firma del trabajador nto de la afiliación, pegándolas en cada rec	/
NOTA: Es obligación de titula procesada y será devuelta con Firma y sello de la entidad Fotografías	mo incompleta.  d empleadora	Firma del trabajador	/
NOTA: Es obligación de titula procesada y será devuelta con	mo incompleta.		//
NOTA: Es obligación de titula		esponder todas las preguntas de la presente	solicitud, caso contrario, esta no podrá se
	ry derechohabiente(s) legal(es) re	esponder todas las preguntas de la presente	solicitud caso contrario esta no podrá se
de diferentes productos o ser sidiarias, filiales, asociadas, afi	vicios, flujo transfronterizo de dat ìliadas o miembros del Grupo Eco	ros, y a transferir, inclusive para fines comerc cos personales; así como a transferir dicha in nómico al cual pertenece, supuesto en el cu	formación a sus empresas vinculadas, sub-
Los datos personales que la E	Entidad Empleadora y los Afiliado	s Regulares y sus Derechohabientes hayan	proporcionado, autorizan libre, expresa e
a Entidad Empleadora y a los	Afiliados Regulares al Plan de Sal	Datos Personales y su Reglamento, aprobac lud y sus Derechohabientes que los datos pe tos automatizadas o no automatizadas de la	ersonales y sensibles que suministren en e
ción de mi(s) enfermedad(es) de mis derechohabientes leg aboratorios, para que suminis o cualquier documento médi	preexistente(s) no declarada(s) o ales. Finalmente, autorizo a las cl stren a PACÍFICO EPS cualquier iní co, inclusive los relacionados con	CÍFICO EPS el monto de los gastos en los que por la atención de la(s) enfermedad(es) pre ínicas y hospitales, así como a los médicos to formación, datos del archivo médico, exáme a el VIH - SIDA, dispensándolos del secreto p	existente(s) no declarada(s) de cualquiera tratantes, instituciones, centros médicos o nes de laboratorio, copia de historia clínica rofesional.
nidas en este documento, y/o clínica o cualquier documento compleja, así como la(s) preex	o tomando en cuenta los anteceo o médico, con la finalidad de dete xistencia(s) de capa compleja que	eserva el derecho de calificar el riesgo en ba dentes médicos, datos del archivo médico, e erminar las condiciones que corresponden p e será(n) excluida(s) de la cobertura.	exámenes de laboratorio, copia de historia para el otorgamiento de cobertura de capa
	ación u omisión voluntaria o invol	untaria, anula y deja sin efecto alguno la cob	
vínculo laboral: Certifico que las respuestas y c		nño vínculo laboral: documento son verídicas, completas y se aju	día mes año ustan a la realidad, y es de mi conocimiento
echa de cese en su anterior	//	Fecha de inicio en su nuevo	//
Nombre de la EPS donde est	tuvo afiliado:		
Nombre de la EPS donde est	, sirvase responder las siguientes	s preguntas:	
Si su respuesta es afirmativa,	atmosas managardan las atmostantes		
		) NO ( )	
olan de salud, así como al repo Tiene o ha tenido algún pla Si su respuesta es afirmativa,	orte de las prestaciones de salud ( n de salud en una EPS? SÍ (	anterior EPS respecto a las condiciones, lim recibidas por el titular y sus derechohabiente ) NO ( )	

Parentesco

Estatura

Peso

Titular ( )

Estatura

Peso

Parentesco

Estatura

Peso

Parentesco

Estatura Peso Oficina Principal Torre Pacífico: Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú Central de ventas e información: (01) 513 5000 (Lima y Provincias) www.pacíficoseguros.com



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 o	de las prestaciones de salud r	ecibidas por el titular y sus derechohat	pientes durante dicha vigencia
¿Tiene o ha tenido algún plan de	salud en una EPS? SÍ (	) NO ( )	
Si su respuesta es afirmativa, sirva	ase responder las siguientes	preguntas:	
Nombre de la EPS donde estuvo	afiliado:		
Fecha de cese en su anterior vínculo laboral:	/ /	Fecha de inicio en su nu ño vínculo laboral:	evo/
Certifico que las respuestas y decla	araciones contenidas en ese c n u omisión voluntaria o involu	locumento son verídicas, completas y	se ajustan a la realidad, y es de mi conocimiento a cobertura del Plan de Salud, liberando de toda
nidas en este documento, y/o tom clínica o cualquier documento mé	nando en cuenta los anteced dico, con la finalidad de dete	entes médicos, datos del archivo méc	en base a las respuestas y declaraciones conte- lico, exámenes de laboratorio, copia de historia den para el otorgamiento de cobertura de capa
ción de mi(s) enfermedad(es) pree de mis derechohabientes legales. laboratorios, para que suministren	existente(s) no declarada(s) o Finalmente, autorizo a las clí a PACÍFICO EPS cualquier inf	por la atención de la(s) enfermedad(e nicas y hospitales, así como a los méd	os que ésta hubiera podido incurrir por la aten- s) preexistente(s) no declarada(s) de cualquiera icos tratantes, instituciones, centros médicos o xámenes de laboratorio, copia de historia clínica reto profesional.
la Entidad Empleadora y a los Afilia	ados Regulares al Plan de Salı	ud y sus Derechohabientes que los dal	robado por D.S. N° 003-2013-JUS, se informa a cos personales y sensibles que suministren en el s de las que Pacífico EPS es titular y responsable.
inequívocamente a Pacífico EPS a t de diferentes productos o servicios	cratar por sí o mediante tercer s, flujo transfronterizo de dato as o miembros del Grupo Ecol	os, y a transferir, inclusive para fines co os personales; así como a transferir dic	ayan proporcionado, autorizan libre, expresa e merciales, envío de publicidad y/o promociones ha información a sus empresas vinculadas, sub- n el cual sus datos serán almacenados y tratados
NOTA: Es obligación de titular y de procesada y será devuelta como ir		sponder todas las preguntas de la pres	sente solicitud, caso contrario, esta no podrá ser
Firma y sello de la entidad em	 pleadora	Firma del trabajador	/ / / día mes año
Fotografías		,	
			da recuadro. De no tenerlas al momento de la
Apellido paterno	Apellido paterno	Apellido paterno	Apellido paterno
Apellido materno	Apellido materno	Apellido materno	Apellido materno
Nombres	Nombres	Nombres	Nombres
Titular ( )	Parentesco	Parentesco	Parentesco
Estatura	Estatura	Estatura	Estatura

Peso

Peso

Peso

Peso