

# SOLICITUD DE AFILIACIÓN EPS

AFILIACIÓN  | INCLUSIÓN  | 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  | PLAN ADICIONAL 1  | PLAN ADICIONAL 2

PLAN POTESTATIVO  | ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

## 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

NOMBRES O DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL \_\_\_\_\_ | RUC \_\_\_\_\_  
 TIPO DE DOCUMENTO N° \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ | DISTRITO \_\_\_\_\_ | PROVINCIA / DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ | TELÉFONO \_\_\_\_\_ | CÓDIGO CIU (ACTIVIDAD ECONÓMICA) \_\_\_\_\_

## 2. INFORMACIÓN DEL TITULAR

NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ | FECHA DE NACIMIENTO / /

DNI | CE | M | F | S | C | D | CONVIVIENTE  
 TIPO DE DOCUMENTO N° \_\_\_\_\_ | SEXO \_\_\_\_\_ | NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ | ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ | DISTRITO \_\_\_\_\_ | PROVINCIA / DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ | TELÉFONO \_\_\_\_\_ | OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG \_\_\_\_\_ | INDIQUE SU TALLA EN CM \_\_\_\_\_

1/5

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.

## 3. INFORMACIÓN DE LOS DERECHOHABIENTES O DEPENDIENTES

### CONYUGE/CONVIVIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ | FECHA DE NACIMIENTO / /

DNI | CE | RUC | M | F | S | C | D | CONVIVIENTE  
 TIPO DE DOCUMENTO N° \_\_\_\_\_ | SEXO \_\_\_\_\_ | NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ | PARENTESCO \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ | INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG \_\_\_\_\_ | INDIQUE SU TALLA EN CM \_\_\_\_\_ | OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

### HIJO 1

NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ | FECHA DE NACIMIENTO / /

DNI | CE | RUC | M | F | S | C | D | CONVIVIENTE  
 TIPO DE DOCUMENTO N° \_\_\_\_\_ | SEXO \_\_\_\_\_ | NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ | TELÉFONO \_\_\_\_\_

INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG \_\_\_\_\_ | INDIQUE SU TALLA EN CM \_\_\_\_\_ | OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

## HIJO 2

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO
DNI   CE   RUC	M   F	
TIPO DE DOCUMENTO N°	SEXO	NACIONALIDAD
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	
INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG	INDIQUE SU TALLA EN CM	OCUPACIÓN

## HIJO 3

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO
DNI   CE   RUC	M   F	
TIPO DE DOCUMENTO N°	SEXO	NACIONALIDAD
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	
INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG	INDIQUE SU TALLA EN CM	OCUPACIÓN

## HIJO 4

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO
DNI   CE   RUC	M   F	
TIPO DE DOCUMENTO N°	SEXO	NACIONALIDAD
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	
INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG	INDIQUE SU TALLA EN CM	OCUPACIÓN

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	
<b>1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b>													
a. Hipertensión arterial (presión alta).			b. Infarto Cardíaco.			c. Angina (dolor) de Pecho.			d. Aneurisma.				
e. Arritmia Cardíaca.			f. Várices.			g. Malformaciones del Corazón.			h. Trombosis.				
i. Enfermedades de las Válvulas Cardíacas.			j. Angioplastia / By pass Aortocoronario.										
<b>2. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO</b>													
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.													
<b>3. ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES</b>													
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 hiatal.			n. Cálculos en vesícula.										
o. Reflujo gastroesofágico.													
<b>4. ENFERMEDADES ENDOCRINAS</b>													
a. Diabetes.			b. Hipotiroidismo.			c. Hiperuricemia.			d. Hipertiroidismo.				
e. Colesterol elevado.			f. Hiperprolactinemia.			g. Obesidad.			h. Bocio.				
i. Triglicéridos elevados.			j. Adenoma de hipófisis.			k. Hiperkortisonismo (Cushing).							
l. Enfermedades Inmune Reumatológicas (Gota).													
<b>5. ENFERMEDADES DE VÍAS RESPIRATORIAS</b>													
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).													
<b>6. ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO</b>													
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.													
<b>7. ENFERMEDADES DE LOS HUESOS Y ARTICULACIONES</b>													
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.													
<b>8. ENFERMEDADES AUTOINMUNES O DEL TEJIDO CONECTIVO</b>													
a. Lupus.													
b. Esclerosis múltiple.													
c. Espondilitis Anquilosante.													
d. Síndrome de Crohn.													
<b>9. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS</b>													
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.													
<b>10. ENFERMEDADES DE LA VISTA</b>													
a. Pterigión (Carnosidad).			b. Estrabismo.			c. Enfermedad de la Retina.			d. Cataratas.				
e. Glaucoma.													
<b>11. ENFERMEDADES DEL OÍDO</b>													
a. Otitis crónica.													
b. Laberintitis.													
c. Hipoacusia.													
d. Sordera.													

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
12. ENFERMEDADES DE LA COLUMNA VERTEBRAL												
a. Cervicalgia (dolor en región del cuello). b. Dorsalgia (Dolor en la espalda / dorsal). d. 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.												
14. ENFERMEDADES INFECCIOSAS												
a. Hepatitis B. b. Hepatitis C. c. Brucelosis/ fiebre malta. d. Dengue. e. Malaria. f. Fiebre Amarilla. g. Enfermedad de Transmisión sexual. h. Infección VIH/SIDA (si no lo desea no responda).												
15. ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS												
a. Mioma Uterino. b. Ovario poliquístico c. Cervicitis crónica. d. Endometriosis. e. Propalzo de Útero. f. Prolapso de vejiga.												
16. ENFERMEDADES DE LAS MAMAS												
a. Quistes de mama. b. Fibroadenoma de mama. c. Otras enfermedades de las mamas.												
17. CIRUGÍAS												
a. Colon. b. Estómago. c. Próstata. d. Hernia epigástrica. e. Hernia umbilical. f. Hernia inguinal. g. Hernias discales: cervical, dorsal o lumbar. h. Vesícula. i. PCRE (Pancreato Colangiografía Retrógrada Endoscópica).												
18. TRANSPLANTE DE CUALQUIER ÓRGANO												
19. SE ENCUENTRA EN PERÍODO DE GESTACIÓN												
En caso la respuesta sea afirmativa, indicar meses de gestación:												
20. HÁBITOS												
a. Tomar licor.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	a) Nunca	b) 1 vez a la semana	c) 1 vez cada 15 días	d) 1 vez al mes	e) De 2 a 3 veces por semana	f) Todos los días						
Indicar la opción elegida												
b. Fuma.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los últimos 30 días, cuántos días fumó cigarrillos?	a) Ninguna	b) 1 a 2 días	c) 3 a 5 días	d) 6 a 9 días	e) De 10 a 19 días	f) De 20 días a más						
Indicar la opción elegida												
c. Hace deporte.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Cuántos días de la semana practica algún deporte?	a) No practico	b) 2 veces a la semana	c) 4 veces a la semana	d) 5 veces a la semana	e) 6 veces a la semana	f) Todos los días						
Indicar la opción elegida												
21. MENCIONE OTRAS DOLENCIAS O ENFERMERDADES NO CONSIGNADAS EN LA LISTA												

### SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES AFIRMATIVA, SÍRVASE PROPORCIONAR INFORMACIÓN DETALLADA

Número 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, o normas que las sustituyan, modifiquen o amplíen sus alcances, 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.

SÍ  | NO

¿TIENES O HAS TENIDO ALGÚN OTRO SEGURO O PLAN DE SALUD?

COMPañIA DE SEGUROS  | PLAN DE SALUD - EPS  | PEAS

SI TU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, COMPLETAR

---

INDIQUE EL NOMBRE DE LA COMPañIA DE SEGUROS O EPS  | INDIQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO

DESDE  /  /  | HASTA  /  /

INDIQUE EL PERIODO DE VIGENCIA

---

FECHA DE CESE DE TU ÚLTIMO VÍNCULO LABORAL  | FECHA DE INICIO DE TU VÍNCULO LABORAL ACTUAL

### 5. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas; y que cualquier omisión o falsedad donde medie dolo o culpa inexcusable conllevará a la nulidad del contrato de seguro o certificado de seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 8° de La Ley del Contrato de Seguro, quedando La Positiva Vida liberada de cualquier responsabilidad. Declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales y Resumen Informativo de la póliza, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que las mismas se encuentran a mi disposición en la página web: [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

Autorizo expresamente a La Positiva Vida, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por la póliza requerida, a

acceder a mi historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Asimismo, por el presente documento, declaro conocer y manifiesto mi consentimiento para que se remita alternativamente por los medios electrónicos que correspondan, toda comunicación o documentación relativa a mis afiliaciones a la EPS y/o pólizas de seguro, así como sus endosos y/o renovaciones, pudiendo incluso haber sido contratadas con anterioridad o en el futuro; incluyendo adicionalmente, comprobantes de pago electrónicos y las comunicaciones de cobranza que correspondan.

De producirse algún cambio en los medios electrónicos indicados, me comprometo a actualizarlos a fin de que se efectúen las comunicaciones respectivas.

### 6. POLÍTICA DE PRIVACIDAD

En atención a la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales -, su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, y conforme a lo establecido en las condiciones generales de la póliza, el Solicitante queda informado que los datos que ha proporcionado serán tratados por la Aseguradora, cuyo domicilio se encuentra indicado en la presente Solicitud, para la preparación, celebración y, de corresponder, la ejecución de la relación contractual que pueda surgir entre las partes.

El Solicitante otorga su consentimiento libre, previo, expreso, informado e inequívoco para tratar sus datos personales con fines comerciales y/o publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que considere de interés y/o incluso a transferirlos a las empresas que conforman parte del mismo grupo con los mismos fines.

Los datos proporcionados serán transferidos a nivel nacional e internacional siendo almacenados en el banco de datos denominado Clientes con código de inscripción

RNPDP-PJPN° 4267 de titularidad de la Aseguradora y serán incorporados, con las mismas finalidades al banco de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico (La Positiva Seguros y Reaseguros S.A.A. y La Positiva S.A. Entidad Prestadora de Salud) al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual. La Aseguradora conservará su información por un término de hasta de 10 años, a partir de la fecha de recaudación del dato personal del Titular del Dato.

Marcar con una "x": Autorizo  No autorizo

Le informamos que Usted está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, cancelación y/o oposición frente al tratamiento de sus Datos Personales, a través de lo indicado en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe), mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

#### 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 202 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante