

## SOLICITUD DE AFILIACION POTESTATIVO CORPORATIVO

AFILIACION  INCLUSION  TRASLADO Sanitas Perú   
 Proviene del contrato N° \_\_\_\_\_

INICIO DE VIGENCIA

FECHA DE INGRESO A LA ENTIDAD EMPLEADORA

LA SOLICITUD DEBERÁ SER LLENADA CON LETRA IMPRENTA

INFORMACION DE LA ENTIDAD EMPLEADORA / PAGADOR																													
Razón Social	COLEGIO DE ARQUITECTOS DEL PERU REGIONAL LIMA					RUC	20172977911																						
Dirección	AV. SAN FELIPE 999					Distrito	JESUS MARIA																						
Provincia	LIMA	Dpto.	LIMA			Telf	(01)6271200																						
ELECCION DEL PLAN (Marque con una X)																													
		Vital	Novel	Esencial	Esencial PLUS	Mas Salud	Premium	BASE PEAS *	BASE ESENCIAL *	BASE PLUS*	ADIC 1*	ADIC 2*																	
Titular, cónyuge e hijos hasta los 18 años																													
Hijos mayores de 18 años hasta los 28 años inc.																													
Padres																													
*Marque solo si está asociado a un Plan Regular																													
INFORMACION DEL TITULAR																													
Titular Usuario?		Titular No Usuario																											
Apellido Paterno				Apellido Materno																									
Nombres				Fecha de Nacimiento				Edad																					
Sexo	M	F	Tipo de Documento	DNI	CE	PASP	N°																						
Nacionalidad	Estados Civil			SOLTERO	CASADO	VIUDO	DIVORCIADO	CONVIVIENTE																					
Dirección																													
Distrito				Provincia				Departamento																					
Teléfono		Celular		E-mail																									
INFORMACION DE LOS DERECHOHABIENTES O DEPENDIENTES																													
Apellido Paterno				Apellido Materno				<b>D1</b>		Apellido Paterno				Apellido Materno		<b>D2</b>													
Nombres				Sexo				F		M		Nombres				Sexo				F		M							
Fecha de Nacimiento				Edad								Fecha de Nacimiento				Edad													
Tipo de Documento				N°				DNI		CE		PASP		Tipo de Documento				N°				DNI		CE		PASP			
Parentesco				CONYUGE		CONVIV		HIJO (A)		Parentesco				CONYUGE		CONVIV		HIJO (A)		Parentesco				CONYUGE		CONVIV		HIJO (A)	
Apellido Paterno				Apellido Materno				<b>D3</b>		Apellido Paterno				Apellido Materno		<b>D4</b>													
Nombres				Sexo				F		M		Nombres				Sexo				F		M							
Fecha de Nacimiento				Edad								Fecha de Nacimiento				Edad													
Tipo de Documento				N°				DNI		CE		PASP		Tipo de Documento				N°				DNI		CE		PASP			
Parentesco				CONYUGE		CONVIV		HIJO (A)		Parentesco				CONYUGE		CONVIV		HIJO (A)		Parentesco				CONYUGE		CONVIV		HIJO (A)	

**DECLARACION DE SALUD**

Responda SI o NO marcando con una "S" o "N", respectivamente, en cada casilla según corresponda.  
 En caso su respuesta sea afirmativa, por favor, subraye el(los) diagnóstico(s).

**1. ESTADO DE SALUD GENERAL Y AUTOCUIDADO**

1.1 Indique por favor su peso y talla:

	T	D1	D2	D3	D4
Peso (kg)					
Talla (cm)					

	T	D1	D2	D3	D4
1.2 ¿Ha Presentado pérdida de peso no explicada de más de 10 kilos en los últimos seis (6) meses?					
1.3 ¿Presenta alguna discapacidad física o mental?					
1.4 ¿Ha requerido hospitalización o atención de emergencia en los últimos seis (6) meses?					
1.5 ¿Consume o ha consumido en forma repetida fármacos?					
<b>2. ANTECEDENTE GINECO-OBSTETRICOS (Solo para mujeres)</b>	<b>T</b>	<b>D1</b>	<b>D2</b>	<b>D3</b>	<b>D4</b>
2.1 ¿Está actualmente embarazada? Indicar, en número, cuántos meses tiene de embarazo					
<b>3. ANTECEDENTES PERSONALES</b>	<b>T</b>	<b>D1</b>	<b>D2</b>	<b>D3</b>	<b>D4</b>
3.1 Neurológicas: migraña, epilepsia, convulsiones, vértigo, S. Guillain-Barré, enf. Parkinson, Alzheimer, enfermedades neurodegenerativas, accidentes cerebro vascular, secuela de enf. Neurológica, aneurismas, neuralgias u otras (especifique).					
3.2 Psicológicas o psiquiátricas: ansiedad, depresión, demencia, psicosis, trastorno mental por enf. o accidente, otras (especifique).					
3.3 Cardiovasculares: Hipertensión arterial, enfermedad coronaria (angina, infarto), arritmias, aneurismas, várices, trombosis, embolia, insuficiencia cardiaca, enfermedades de las válvulas del corazón, pericarditis, otras (especifique).					
3.4 Vías respiratorias: Asma, hiperreactividad bronquial, bronquitis crónica, enfisema, embolia pulmonar, fibrosis pulmonar, enf. pulmonar obstructiva crónica, pólipos nasales, sinusitis crónica, tabique desviado, amigdalitis crónica, adenoiditis, hipertrofia de adenoides, otras (especifique).					
3.5 Gastrointestinales, esofagitis, reflujo, gastritis crónica, hernia hiatal, úlcera péptica, colon irritable, divertículos en colon, pólipos, colitis ulcerativa, enf. de Crohn, hepatitis crónica, cirrosis, cálculos vesiculares, pancreatitis, hemorroides, otras (especifique).					
3.6 Pared abdominal: Hernias (inguinal, umbilical, otra), eventración, diastasis de rectos.					
3.7 Endócrinas: diabetes (detallar tipo de diabetes), hipo e hipertiroidismo, bocio, enf. o adenoma de la hipófisis, hiperprolactinemia, Síndrome de ovario poliquístico, enf. de cushing, otras.					
3.8 Aparatos urinario y genital: enf. renal crónica, insuficiencia renal, quistes (indicar localización), tumores(indicar localización), cálculos urinarios, infecciones crónicas del aparato urinario (pielonefritis), incontinencia urinaria, cistitis crónica, enf. de la vejiga o de la uretra, enf. de la mama (quistes adenomas, tumores, galactorrea)indicar lateralidad, otras (especifique). Hombres: Hiperplasia de la próstata, prostatitis crónica, varicocele, tumores, infertilidad, otras (especifique).					
3.9 Huesos, articulaciones y tejido conjuntivo: lupus, artritis reumatoidea, vasculitis, esclerosis múltiple, fiebre reumática, gota, fibromialgia, artrosis, juanetes, osteoporosis, enf. o lesiones de músculos (detallar), meniscos (indicar lateralidad), ligamentos (detallar), tendones (detallar), enf. de discos intervertebrales, hernias en la columna (detallar localización), desviaciones de la columna, secuelas de traumatismos, amputaciones, deformaciones, otras.					
3.10 Hematológicas: anemia de cualquier tipo, linfoma, leucemia, síndromes mielodisplásicos o mieloproliferativos, trastornos de la coagulación, otras (detallar).					
3.11 Oftalmológicas: estrabismo, catarata, glaucoma, pterigium, enf. de la retina, queratocono, ceguera, otras.					
3.12 Otorrinolaringológicas: Hipoacusia, sordera, síndromes laberínticos, otitis crónica, enf. del tímpano, otras.					
3.13 Dermatológicas: psoriasis, pénfigo, acné, rosácea, esclerodermia, alopecia, vitíligo, dermatitis, carcinomas de piel, melanomas (detallar localización) otras.					
3.14 Enfermedades congénitas o genéticas malformaciones, displasia de cadera, síndrome de Down, alteraciones metabólicas de la hemoglobina, cardiopatías congénitas, otras (detallar).					

3.15 Enfermedades infecciosas: hepatitis B o C, VIH/SIDA, dengue,Zika, fiebre Malta (brucelosis), tuberculosis, cisticercosis, malaria, leishmaniasis, micosis (hongos), otras.					
3.16 Oncológicas: tumor benigno, maligno o cáncer en cualquier parte del cuerpo (detallar localización y ampliar información abajo).					
3.17 Cirugías: ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?					
3.18 Trasplante de órganos o tejidos (ampliar información abajo)					
3.19 Otras enfermedades o antecedentes médicos no consignados en la lista (si Usted padece o ha padecido alguna enfermedad no mencionada líneas arriba, por favor detallarla en el ítem que se encuentra abajo).					

3.20 ¿Tiene que ser hospitalizado o recibir tratamiento médico próximamente?

Si alguna respuesta es afirmativa sírvase proporcionar información detallada, indicando EL AFILIADO QUE CORRESPONDA (T, D1, D2, D3 o D4)

AFILIADO (T,D1,D2,D3,D4)					DIAGNÓSTICO	Extremidad (Izquierda o Derecha)		MEDICO TRATANTE/ CLINICA	FECHA DE DIAGNÓSTICO (DD/MM/AA)	SITUACION ACTUAL/ PROCEDIMIENTO O CIRUGIA REALIZADA
T	Dependiente					I	D			
T	1	2	3	4		I	D			
T	1	2	3	4		I	D			
T	1	2	3	4		I	D			
T	1	2	3	4		I	D			
T	1	2	3	4		I	D			
T	1	2	3	4		I	D			

Observaciones: Si lo requiere, registre sus observaciones con el número del Titular, Derechohabiente o dependientes seguido del correspondiente número de la pregunta.

Con el propósito 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 esta 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 Sanitas Perú 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 concedida, Sanitas Perú EPS solicitará a la anterior EPS, para que en un plazo no mayor a 90 días calendario, esta última le brinde la información señalada; asimismo, las clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y médicos tratantes, facilitarán el acceso a los documentos médicos relacionados.

**ANTECEDENTES EN EL SISTEMA DE SALUD**

AFILIADO (T,D1,D2,D3,D4)					¿TIENE USTED O HA TENIDO OTRO SEGURO DE SALUD? (EPS, PRIVADO O ESSALUD)				TIPO (COLECTIVO O INDIVIDUAL)		ASEGURADOR ANTERIOR	DESDE (DD/MM/AA)	HASTA (DD/MM/AA)
T	Dependiente				EPS	PRIV	ESSALUD	NO	I	C			
T	1	2	3	4	EPS	PRIV	ESSALUD	NO	I	C			
T	1	2	3	4	EPS	PRIV	ESSALUD	NO	I	C			
T	1	2	3	4	EPS	PRIV	ESSALUD	NO	I	C			
T	1	2	3	4	EPS	PRIV	ESSALUD	NO	I	C			
T	1	2	3	4	EPS	PRIV	ESSALUD	NO	I	C			

Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud y la de mis derechohabientes o dependientes es veraz, legítima, actual, completa, precisa y pertinente, 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, librando de toda responsabilidad y compromiso a Sanitas Perú EPS.

Asimismo, declaro tener conocimiento que Sanitas Perú 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 o no PEAS, así como la(s) preexistencia(s) de capa compleja o no PEAS que será(n) excluida(s) de la cobertura.

En caso de declaración falsa o inexacta, acepto reintegrar a Sanitas Perú EPS el monto de los gastos en los que esta 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.

Quien suscribe el presente documento, autoriza expresamente a Sanitas Perú S.A. Entidad prestadora de salud a solicitar a la EPS inmediatamente anterior las condiciones, limitaciones y exclusiones de la cobertura del plan de salud que tenía contratado con esta última, así como el reporte de las prestaciones de salud recibida por mis derechohabientes y por mí, 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, asimismo, autorizo expresamente a las clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y médicos tratantes, a facilitar el acceso a los documentos médicos relacionados con las prestaciones de salud recibidas.

## DECLARACIONES DEL AFILIADO

Declaro que:

- Conozco que la omisión y/o imprecisiones respecto al llenado de la Declaración Jurada de salud que consta en el presente documento, impacta de forma esencial en la evaluación del riesgo, y, por ende en la cobertura del plan de salud.
- 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 del plan de salud.

### **Medios de comunicación pactados: escrito, correo electrónico y telefónico.**

Mediante el presente documento, autorizo a SANITAS PERU EPS, que, en caso de aprobar la presente solicitud, será válida cualquier comunicación y/o notificación vinculada con el plan de salud que contrato mediante esta solicitud de afiliación 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.

### **Autorización para envío de planes de salud electrónicos**

Mediante el presente documento, declaro expresamente y de manera previa que estoy de acuerdo con que SANITAS PERU EPS me envíe por medio electrónico el plan de salud que he contratado, los endosos y renovaciones futuras, y que, además:

He sido informado por SANITAS PERU EPS de la forma de envío del plan de salud 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 del plan de salud será a mi correo electrónico, señalado en este documento.

Para la confirmación de la recepción del plan de salud será suficiente la certificación de la recepción del mensaje mediante el cual SANITAS PERU EPS me envíe al correo electrónico declarado, el plan de salud contratado.

La autenticidad e integridad del plan de salud se dará con el envío en PDF donde constará la firma electrónica del representante legal de SANITAS PERU EPS.

### **Declaración jurada del solicitante titular y derechohabientes y/o dependientes por afiliar**

Declaro que yo y/o mis derechohabientes o 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 del plan de salud, y SANITAS PERU EPS tendrá el derecho, a título indemnizatorio, a los aportes acordados para el primer año de duración del contrato. Las declaraciones anteriores son verdades y esenciales para la determinación de la cobertura y decisión de SANITAS PERU EPS para asegurar el riesgo analizado, en tal sentido como Solicitante suscribo la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada. Así mismo, declaro conocer que la totalidad de la información que SANITAS PERU EPS puede llegar a conocer sobre mi estado de salud y de mis derechohabientes o dependientes (incluyendo lo referido a preexistencias), consiste en, y se circunscribe exclusivamente a:

- Las declaraciones brindadas por EL AFILIADO en la Declaración Jurada de Salud y la Solicitud del Plan de Salud.
- La información complementaria que pueda ser requerida por SANITAS PERU EPS y/o presentada en los plazos establecidos para cada caso.
- La base de datos interna de SANITAS PERU EPS.

### Ley de protección de datos personales

EL CONTRATANTE / AFILIADO – CONTRATANTE / AFILIADO, de acuerdo a la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013- JUS y demás disposiciones complementarias, otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que SANITAS PERU SA EPS realice el tratamiento de los datos personales que EL CONTRATANTE / AFILIADO – CONTRATANTE / AFILIADO entregue al momento de celebrar el contrato de EPS, (en adelante “la información”) con la finalidad de ejecutar la relación contractual que origina este contrato, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado.

EL CONTRATANTE / AFILIADO – CONTRATANTE / AFILIADO reconoce que está incluido dentro de “la información” todos aquellos datos, operaciones y referencias a los que SANITAS PERU SA EPS pudiera acceder en el curso normal de sus operaciones, ya sea por haber sido proporcionados por EL CONTRATANTE / AFILIADO – CONTRATANTE / AFILIADO, o por terceros o por haber sido desarrollados por SANITAS PERU SA EPS, 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, EL CONTRATANTE / AFILIADO – CONTRATANTE / AFILIADO autoriza expresamente a SANITAS PERU SA EPS a incorporar su Información al banco de datos de usuarios de responsabilidad de SANITAS PERU SA EPS, para que esta pueda almacenar, dar tratamiento, procesar y transferir su información a sus subsidiarias, afiliadas y socios comerciales, conforme a los procedimientos que SANITAS PERU SA EPS determine en el marco de sus operaciones habituales, para efectos de los fines señalados en los párrafos anteriores.

EL CONTRATANTE / AFILIADO – CONTRATANTE / AFILIADO declara haber sido informado que “la información” podrá ser conservada, tratada y transferida por SANITAS PERU SA EPS durante la relación contractual y hasta por diez años después de que finalice. EL CONTRATANTE / AFILIADO – CONTRATANTE / AFILIADO puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación, siempre que cumpla con los requisitos exigidos por las normas aplicables, dirigiéndose a SANITAS PERU SA EPS de forma presencial en cualquier de sus oficinas a nivel nacional dentro del horario establecido para la atención al público, por teléfono o en forma virtual mediante correo electrónico.

- EL CONTRATANTE / AFILIADO – CONTRATANTE / AFILIADO declara haber leído y manifiesta expresamente su consentimiento a las condiciones relativas a la protección de datos personales.
- EL CONTRATANTE / AFILIADO – CONTRATANTE / AFILIADO autoriza que Sanitas Perú EPS le remita información acerca de beneficios, productos o servicios, los cuales podrán ser enviados a través de cualquier medio de comunicación. La no aceptación, no afecta la prestación de los servicios contratados.

### IMPORTANTE

Para que su solicitud sea aceptada por favor anexar los siguientes documentos:

1. Copia del DNI o pasaporte o carné de extranjería o partida de nacimiento, según aplique, por cada usuario.	
2. Copia de Partida de Matrimonio o Declaración Simple de Convivencia; según sea el caso.	
3. Certificado de Discapacidad para hijos discapacitados emitido por EsSalud.	
4. En caso usted haya estado o este asegurado, adjuntar la Constancia de Afiliación y la Constancia de Siniestralidad del anterior asegurador o anteriores aseguradores.	
5. En caso de que usted haya tenido anteriormente una póliza de asistencia médica Individual deberá adjuntar copia de la póliza.	
6. En caso de que uno los usuarios se encuentre en estado de gestación para poder brindarles continuidad, deberá remitir la información del punto 4 o en su defecto lo establecido por la ley.	

**Nota:** Es obligación del titular responder todas las preguntas de la presente solicitud, caso contrario, esta no podrá ser procesada y será devuelta como incompleta.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TITULAR

\_\_\_\_\_  
FECHA

**DATOS DEL ASESOR/AGENTE/BROKER:**

Nombre/Razón Social	ASEGUR CORREDORES DE SEGUROS SOCIEDAD ANONIMA CERRADA
DNI / RUC	20603195125

**PARA SER LLENADO POR SANITAS PERÚ EPS:**

V°B° Comercial	Mesa de Control de Afiliaciones	Emisión EPS
----------------	---------------------------------	-------------

**OBSERVACIONES**

---

---

---

---

**AUTORIZACION DE RECAUDO**

Nuestra empresa		Sello del Representante legal y firma
Con RUC		
Se hace responsable del pago por la afiliación de los usuarios indicados en la solicitud		
Solicitud N°		
Por lo anterior expuesto, sírvanse emitirnos el documento de cobranza correspondiente		