



## Solicitud de afiliación

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 de capa simple 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.

### Dependientes

Pegar aquí foto dependiente  Foto tamaño pasaporte 1	1	Apellido paterno:	Apellido materno:
	Nombres:		
	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nac.: / /	
	Tipo de doc: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte	N°:	
	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D		
	Parentesco: Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>		
Pegar aquí foto dependiente  Foto tamaño pasaporte 2	2	Apellido paterno:	Apellido materno:
	Nombres:		
	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nac.: / /	
	Tipo de doc: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte	N°:	
	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D		
	Parentesco: Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>		
Pegar aquí foto dependiente  Foto tamaño pasaporte 3	3	Apellido paterno:	Apellido materno:
	Nombres:		
	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nac.: / /	
	Tipo de doc: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte	N°:	
	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D		
	Parentesco: Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>		
Pegar aquí foto dependiente  Foto tamaño pasaporte 4	4	Apellido paterno:	Apellido materno:
	Nombres:		
	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nac.: / /	
	Tipo de doc: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte	N°:	
	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D		
	Parentesco: Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>		
Pegar aquí foto dependiente  Foto tamaño pasaporte 5	5	Apellido paterno:	Apellido materno:
	Nombres:		
	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nac.: / /	
	Tipo de doc: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte	N°:	
	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D		
	Parentesco: Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>		

## Solicitud de afiliación

### Observaciones

- Todos los pagos de reembolsos vía abono en cuenta se realizarán únicamente a la cuenta detallada en el presente documento.
- La moneda de la cuenta bancaria debe ser la misma que la moneda del plan.
- El N° de cuenta debe ser el utilizado para transferencia a través del mismo banco (no registrar cuentas interbancarias), de acuerdo a los siguientes formatos:
  - Banco Continental: la cuenta corriente o de ahorros debe tener 20 dígitos.
  - Banco de Crédito: la cuenta corriente debe tener 13 dígitos y la de ahorro 14 dígitos.
  - Scotiabank: la cuenta debe tener 10 dígitos.
- La confirmación del abono será enviada a la dirección de correo electrónico indicada en el presente documento.
- Todos los reembolsos liquidados en fecha posterior a la afiliación al abono en cuenta serán pagados a través de este medio hasta que el Asegurado/Cliente solicite su desafiliación.
- En caso el Asegurado/Cliente modifique el N° de cuenta, la responsabilidad de informar a RIMAC EPS sobre dichas modificaciones recaerá en el Asegurado/Cliente.

### Declaración de Salud

**Titular solicitante, responda sí o no marcando con "x" en cada casilla correspondiente.**

Se deja expresa constancia que el Titular, sus derechohabientes, hijos mayores de 18 años y padres en caso de haberlos, se encuentran en la obligación de llenar completamente la presente Declaración Personal de Salud. En caso que alguna o algunas de las preguntas no sea(n) respondida(s), las atenciones de salud que tengan relación con enfermedades asociadas a dicha(s) pregunta(s) no tendrán cobertura hasta que se presente el Titular ante la EPS a regularizar tal situación y el caso sea analizado.

¿Has padecido o padeces y/o tus dependientes, algunas de las enfermedades descritas a continuación?	Titular		Cónyuge		Hijos	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. ¿Afecciones al cerebro o del sistema nervioso, tales como: aneurisma, epilepsia, parálisis, apoplejía, malformaciones arteriovenosas, derrame cerebral, parkinson, alzheimer, migraña o dolor de cabeza a repetición u otras enfermedades del sistema nervioso o en el cerebro?						
2. ¿Enfermedades mentales psiquiátricas o trastornos psicológicos, tales como: neurosis, demencia de cualquier tipo, psicosis, depresión, tratamientos por cura de reposo o desintoxicación o padeces de alguna otra enfermedad o trastorno psiquiátrico o psicológico o enfermedad mental?						
3. ¿Enfermedades en el aparato respiratorio, tales como: asma, bronquitis crónica, ronquera crónica, enfisema, neumonía, fibrosis quística pulmonar, tuberculosis, sinusitis, desviación del tabique o septum nasal, hipertrofia de adenoides u otra afección del aparato respiratorio?						
4. ¿Enfermedades en el aparato cardiovascular, tales como: infarto, angina, arritmia, enfermedades de válvula cardíaca, presión arterial elevada, dolor precordial o de pecho, flebitis, várices, trombosis u otra dolencia cardiovascular?						
5. ¿Enfermedades en el aparato digestivo, tales como: gastritis (más de 2 episodios), úlceras, esofagitis, hemorroides, divertículos, poliposis colónica, enfermedades en el páncreas, hígado o vesícula, hernias u otra dolencia del aparato digestivo?						
6. ¿Enfermedades endocrinológicas, tales como: hipo e hipertiroidismo, diabetes, síndrome de cushing, adenoma de hipófisis u otra enfermedad endocrinológica u hormonal?						

## Solicitud de afiliación

**Titular solicitante, responda sí o no marcando con "x" en cada casilla correspondiente.**

¿Has padecido o padeces y/o tus dependientes, alguna de las enfermedades descritas a continuación?	Titular		Cónyuge		Hijos	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
7. ¿Enfermedades del aparato urinario o de los órganos genitales, tales como: insuficiencia renal, quiste, cálculo, tumores, infecciones urinarias a repetición, glomerulonefritis, agenesia renal, enfermedades en la uretra, vejiga, próstata u otras enfermedades del aparato urinario?						
8. ¿Enfermedades ginecológicas (útero, vagina u ovarios) o de la mama, tales como: miomas, fibromas, quiste, adenomas o lipomas, endometriosis, infertilidad, aborto de repetición, displasia cervical, papiloma virus u otras enfermedades ginecológicas o en la mama?						
9. ¿Enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo, tales como: lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, espondilitis anquilosante, síndrome de Crohn u otras enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo?						
10. ¿Enfermedades o dolencias en los huesos, articulaciones o columna vertebral, tales como: artritis, artrosis, reumatismo, gota, lumbago, hernias, discopatías, escoliosis, osteoporosis u osteopenia, amputaciones, enfermedades musculares, dolencias en rodillas, codos u otras dolencias en los huesos, articulaciones o columna vertebral?						
11. ¿Enfermedades hematológicas o de la sangre, tales como: anemias, leucemias, trastorno de la coagulación u otras enfermedades hematológicas o de la sangre?						
12. ¿Enfermedades crónicas y/o severas en los ojos, tales como: cataratas, pterigión, glaucoma, ceguera, enfermedades de la retina, estrabismo, uveítis u otras enfermedades de los ojos?						
13. ¿Enfermedades de los oídos, tales como: sordera, enfermedades del tímpano u otras enfermedades del oído?						
14. ¿Enfermedades de la piel, tales como: psoriasis, vitiligo, acné, melasma u otras enfermedades de la piel?						
15. ¿Enfermedades oncológicas, cáncer o tumor benigno o maligno en cualquier órgano o tejido del cuerpo?						
16. ¿Trasplante de cualquier órgano?						
17. ¿Cirugía plástica y/o reconstructiva, presencia de prótesis de cualquier tipo?						
18. ¿Has recibido prescripción médica para dolencias cardiológicas circulatorias, presión arterial, anticoagulantes, insulina, corticoides, hormonas, o recibes o has recibido medicamentos permanentes por alguna otra afección (por más de 3 meses)?						
19. ¿Has recibido alguna transfusión de sangre? Detallar motivo: .....						
20. ¿Enfermedad o defecto de origen congénito o genético?						
21. ¿Enfermedades, tales como: brucelosis, hepatitis B o C, VIH/SIDA, malaria, HTLV, cisticercosis?						

## Solicitud de afiliación

**Titular solicitante, responda sí o no marcando con "x" en cada casilla correspondiente.**

¿Has padecido o padeces y/o tus dependientes, alguna de las enfermedades descritas a continuación?	Titular		Cónyuge		Hijos	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
22. ¿Tienes algo adicional que declarar sobre el estado de salud o estado físico de alguno de los solicitantes que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?						
23. ¿Estás embarazada actualmente? Tiempo de gestación: .....						
24. ¿Tienes que ser hospitalizado o recibir tratamiento médico próximamente? Detallar motivo: .....						

**Si alguna de las respuestas es afirmativa, sírvete proporcionar información detallada.**

Nº de la pregunta respondida afirmativamente	Nombre completo de la persona tratada	Diagnóstico de la enfermedad o dolencia	Fecha de la 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.

El Titular deberá autorizar a RIMAC 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, RIMAC EPS solicitará a la anterior EPS, 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 de salud?  Sí  No

Si tu respuesta es afirmativa, completar:

Compañía de Seguros  EPS  PEAS

Indique el nombre de la compañía de seguros:

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:

**Declaración de Salud**

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 voluntaria o involuntaria, anula y deja sin efecto alguno la cobertura del Plan de Salud, liberando de toda responsabilidad y compromiso a RIMAC EPS.

Asimismo, declaro tener conocimiento que RIMAC 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, 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 RIMAC 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.

Quien suscribe el presente documento, autoriza expresamente a RIMAC 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 recibidas 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.

1. Ley N° 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, quien suscribe el presente 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 RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD. Conforme a Ley, el Titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida a RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD.
2. Otorgo mi consentimiento para que RIMAC EPS pueda ofertarme servicios que pudieran ser de mi interés.
3. Otorgo mi consentimiento para que RIMAC EPS comparta mi información de contacto (teléfono, correo electrónico) con sus empresas vinculadas, quienes a su vez podrán ofrecerme igualmente productos y/o servicios.

**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