

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 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

1/6

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 | CÓNNYUGE | CONVIVIENTE

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 | PARENTESCO

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	
1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES													
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.										
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 hiatal.			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. Triglicéridos elevados.			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 rematoidea.				
e. Fibromialgia.			f. Distrofia muscular.			g. Deformaciones.			h. Amputaciones.				
i. Patologías (lesiones) de Meniscos.			j. Fiebre reumática.										
k. Patología (lesiones) ligamentarias.													
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 (Carnosidad).			b. Estrabismo.			c. Enfermedad de la Retina.			d. Cataratas.				
e. Glaucoma.													
11. ENFERMEDADES DEL OÍDO													
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). d. Discopatía.	b. Dorsalgia (Dolor en la espalda / dorsal). e. Hernia del núcleo pulposo (HNP).				d. Lumbago (dolor en región de la cintura).							
13. ENFERMEDADES DE LA PIEL												
a. Acné. e. Lupus. i. Dermatitis Seborreica.	b. Melasma. f. Esclerodermia.				c. Psoriasis. g. Dermatitis atópica.				d. Alopecia. h. Vitiligo.			
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. Brucelosis/ fiebre Malta. g. Enfermedad de Transmisión sexual.				d. Dengue.			
15. ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS												
a. Mioma Uterino. e. Prolapso de Útero.	b. Ovario poliquístico 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 umbilical. h. Vesícula.	b. Estómago. f. Hernia inguinal. i. PCRE (Pancreato Colangiografía Retrógrada Endoscópica).				c. Próstata. g. Hernias discales: cervical, dorsal o lumbar.				d. Hernia epigástrica.			
18. TRANSPLANTE 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												

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, 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 POSITIVA 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

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

Usted, en calidad de contratante y/o asegurado identificado según los datos personales registrados en el numeral inicial del presente documento (la presente política únicamente será firmada por el contratante cuando este sea una persona natural distinta al asegurado. En caso, el contratante sea una persona jurídica, el asegurado es responsable del llenado y firma de la política), en forma libre y voluntaria declara y acepta lo siguiente:

El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados en la presente solicitud es **LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.A.** con domicilio en **Calle Francisco Masías N° 370, distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima**, en adelante, **LA ASEGURADORA**. La existencia de este banco de datos personales ha sido declarada a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación **CLIENTES** y el código RNPDP N° **03899**.

Se le informa que cualquier tratamiento de datos personales por parte de **LA ASEGURADORA**, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en Perú en la materia (Ley N°29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias).

Mediante la aceptación y firma del presente documento Ud. proporciona sus datos personales (que podrían contener datos sensibles) a **LA ASEGURADORA**, tales como: nombre, apellido, tipo y número de documento nacional de identidad, edad, nacionalidad, domicilio, estado civil, ocupación, correo electrónico, teléfono, datos financieros – económicos, voz, profesión.

Siendo las **finalidades primarias**:

- Ejecutar la relación contractual.

- Evaluar la calidad del servicio, realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo con fines estadísticos, analíticos, riesgos, comportamiento, cobranzas y de siniestralidad para usos internos.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se le podrá brindar el servicio o producto requerido. En ese sentido, estos datos personales son considerados obligatorios.

FINALIDADES SECUNDARIAS

Asimismo Ud. autoriza y otorga a La Positiva Seguros y Reaseguros S.A.A., La Positiva Vida Seguros y Reaseguros S.A. y a La Positiva S.A. Entidad Prestadora de Salud su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que estas puedan dar tratamiento a sus datos personales con la finalidad secundaria que a continuación se menciona:

Tratar sus datos personales para fines publicitarios y de prospección comercial, para que sean ofrecidos eventos, novedades, encuestas, descuentos y/u ofertas de su interés, nuevos productos y/o servicios a través de cualquier medio de comunicación tradicional y electrónico.

Si acepto () / No acepto ()

Mediante la aceptación de la referida finalidad secundaria usted proporciona a **LA ASEGURADORA** los siguientes datos personales: nombres y apellidos, teléfono, edad, estado civil, DNI, RUC, N° Pasaporte, carné de extranjería, PTP, dirección del domicilio, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, nacionalidad y profesión.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se verá afectada la prestación del servicio o producto solicitado.

Esta autorización y/o la conservación de los datos personales estará vigente mientras dure la relación

5/6

contractual, posteriormente a la misma, se conservarán los datos para las finalidades autorizadas por Ud. hasta que se revoque su consentimiento o hasta que la legislación vigente nos permita contar con su información.

Cabe resaltar que, sus datos personales sólo serán utilizados con propósitos limitados a los expuestos precedentemente.

Por otro lado, **LA ASEGURADORA** informa que:

Los datos personales se transferirán a nivel nacional a las empresas que conforman el grupo empresarial de La Positiva así como los terceros o proveedores que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.

Los datos personales se transferirán a nivel internacional (flujo transfronterizo) a: las empresas que conforman el grupo empresarial con sede en el extranjero así como los terceros o proveedores internacionales que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.

El listado de estos proveedores se actualiza periódicamente en **LA ASEGURADORA**. Por dicho motivo, se recomienda revisar la actualización del listado de terceros autorizados que tratan datos personales en representación de **LA ASEGURADORA** en la página web <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principales-terceros>

Considerando el servicio o producto adquirido en **LA ASEGURADORA**, así como las finalidades adicionales al contrato o solicitud remitida por Ud., **LA ASEGURADORA** deberá transferir sus datos personales a terceras personas autorizadas, estricta y únicamente con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas en el presente documento.

En el caso de los Derechos ARCO (derecho de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición) indicados en la Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias, como titular de sus datos personales el solicitante tiene el derecho de acceder a sus datos personales en posesión de **LA ASEGURADORA**, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos. Asimismo, el solicitante podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico derechosarco@lapositiva.com.pe o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección señalada (Ver sección: Identidad y domicilio) utilizando el formato ARCO que se encuentra

en el siguiente link:
https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nlD2pG8 para ambos canales. Para mayor detalle se sugiere visualizar la sección de Derechos Arco en la

página web de la empresa <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#politicatratamiento-datospersonales>

Además de los anteriores derechos, el Solicitante tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el procedimiento descrito precedentemente, sin que dicha exclusión de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la exclusión del mismo. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ubicada en Calle Scipion Llona N° 350, distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, Perú; completando el formulario respectivo.

Finalmente, informar que **LA ASEGURADORA** será responsable de este banco de datos personales y de los datos personales contenidos en este. Por ello, con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los solicitantes y/o los clientes, **LA ASEGURADORA** ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas, organizativas y legales razonables a su alcance. Si acepto () / No acepto ()

6/6

Firma de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias

Los Nombre(s), Apellidos y documento(s) de identidad de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias, se encuentra acorde a los datos personales inicialmente brindado a través del presente documento, teniéndose en consideración las disposiciones iniciales de la presente política.

Fecha de Suscripción: _____

Nota: En caso de menores de edad y/o titulares de datos que no puedan firmar el texto de obtención de consentimiento la firma del presente documento será realizada por los padres, tutores o representantes legales quienes serán responsables de todos los actos realizados por los menores a su cargo o representados.

_____ de _____ de 202__

Firma del Solicitante