

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE PLANES MÉDICOS EPS

Es obligación del Titular y derechohabiente(s) legal(es) responder todas las preguntas de la presente solicitud, en caso contrario, esta no podrá ser procesada y será devuelta como incompleta.

Fecha de inicio vigencia del(los) afiliado(s): 01 /  /

### ENTIDAD EMPLEADORA

RUC:  Nombre o razón social:

### DATOS DEL TITULAR

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:  Fecha de Nac: / /

Email:  Edad  Sexo:  M  F

Tipo y de Documento: DNI  CE  Pasaporte  Otros  N°:

Nacionalidad:  Estado Civil:  S  C  V  D  Otros:  Teléfono:

Celular:  Domicilio:

Distrito:  Provincia:  Departamento:

### ELIGE TU PLAN

Titular, cónyuges e hijos hasta 18 años: Plan base  Plan adicional 1  Plan adicional 2

<sup>1</sup>Hijos mayores de 18 años: Plan base  Plan adicional 1  Plan adicional 2

<sup>2</sup>Padres: Padres 1  Padres 2

### AUTORIZACIÓN DE ABONO EN CUENTA PARA EL BENEFICIO DE REEMBOLSO<sup>3</sup>

BANCOS: CONTINENTAL  CRÉDITO (BCP)  SCOTIABANK  INTERBANK

TIPO DE CUENTA: AHORROS  CUENTA CORRIENTE  CUENTA MAESTRA

N° DE CUENTA:

MONEDA: SOLES  DÓLARES

### OBSERVACIONES

- Todos los pagos de reembolsos vía abono en cuenta se realizarán únicamente a la cuenta detallada en el presente documento. Solo proceden cuentas propias de titulares.
- La moneda de la cuenta bancaria debe ser la misma que la moneda del plan.
- El número 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 ahorro debe tener 20 dígitos), Banco de Crédito (la cuenta corriente debe tener 13 dígitos y la de ahorro 14 dígitos), Scotiabank (la cuenta corriente o de ahorros debe tener 10 dígitos), Interbank (la cuenta corriente o de ahorro debe tener 13 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 AFILADO/CLIENTE solicite su desafiliación.
- En caso el AFILADO/CLIENTE modifique el N° de cuenta, la responsabilidad de informar a RIMAC EPS sobre dichas modificaciones recaerá en el AFILADO/CLIENTE.
- En caso que el Banco modifique el N° de cuenta o que se realicen modificaciones referentes al AFILADO/CLIENTE en su respectiva base de datos, la responsabilidad de informar a RIMAC EPS, sobre dichas modificaciones recaerá en AFILADO/CLIENTE.
- En caso que la cobranza no se haya podido concretar debido a un rechazo de la operación, el AFILADO/CLIENTE será notificado a través del correo proporcionado en el presente formulario.
- Esta autorización será válida para la Póliza vigente y para futuras renovaciones.

<sup>1</sup> Desde los 18 años cumplidos hasta la edad límite de permanencia establecida en tu Plan de Salud.

<sup>2</sup> Si el Plan de Salud tiene un Plan de Padres.

<sup>3</sup> Siempre y cuando tu Plan de Salud incluya dicho beneficio.

## DATOS DE LOS DEPENDIENTES

El sistema de seguridad social se encuentra orientado a lograr que toda la población cuente con una cobertura de salud, en ese sentido, todos los trabajadores y sus derechohabientes deben tener una cobertura de salud, ya sea en EsSalud o en una EPS. Si un trabajador se afilia a una EPS, tanto él como sus derechohabientes podrán recibir atenciones a través de dicha EPS, siempre que éstos se encuentren afiliados, caso contrario sus derechohabientes no gozarían de las atenciones de salud. No obstante lo antes indicado debe tenerse en cuenta que si sus derechohabientes ya fueron inscritos por su cónyuge -quien labora otra entidad empleadora- ya no resulta indispensable que los afilie a su EPS.

D1.	Apellido Paterno:		
	Apellido Materno:		
	Nombres:		
	Fecha de Nac:     /     /	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D
	Tipo y de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> N°:		
	Parentesco: Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/>		

D2.	Apellido Paterno:		
	Apellido Materno:		
	Nombres:		
	Fecha de Nac:     /     /	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D
	Tipo y de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> N°:		
	Parentesco: Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/>		

D3.	Apellido Paterno:		
	Apellido Materno:		
	Nombres:		
	Fecha de Nac:     /     /	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D
	Tipo y de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> N°:		
	Parentesco: Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/>		

D4.	Apellido Paterno:		
	Apellido Materno:		
	Nombres:		
	Fecha de Nac:     /     /	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D
	Tipo y de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> N°:		
	Parentesco: Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/>		

D5.	Apellido Paterno:		
	Apellido Materno:		
	Nombres:		
	Fecha de Nac:     /     /	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D
	Tipo y de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> N°:		
	Parentesco: Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/>		

## DECLARACIÓN DE SALUD

El titular debe responder SI o NO marcando con "X" en cada una de las casillas, según el orden de registro de dependientes.

El Titular, sus derechohabientes, hijos mayores de 18 años y padres en caso de haberlos, deben llenar completamente la presente Declaración Personal de Salud. En caso que omitan responder alguna pregunta, las atenciones de salud relacionadas a la pregunta no contestada no tendrán cobertura hasta regularizar el llenado del documento.

¿Alguno de los solicitantes (titulares 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		D1		D2		D3		D4		D5	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1. ¿Afecciones al cerebro o del sistema nervioso, tales como: aneurisma, parálisis, apoplejía, malformaciones arteriovenosas, derrame cerebral, parkinson, migraña u otras enfermedades del sistema nervioso o en el cerebro?												
2. ¿Padeces de alguna enfermedad o trastorno psiquiátrico o psicológico o enfermedad mental?												
3. ¿Enfermedades en el aparato respiratorio, tales como: enfisema, apnea del sueño, fibrosis quística pulmonar, tuberculosis, desviación del tabique nasal, hipertrofia de adenoides u otra afección del aparato respiratorio?												
4. ¿Enfermedades en el aparato cardiovascular, tales como: infarto, angina inestable, arritmia, enfermedades de válvula cardíaca, flebitis, várices, trombosis u otra dolencia cardiovascular?												
5. ¿Enfermedades en el aparato digestivo, tales como: gastritis crónica (en los últimos 2 años), 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: hipertiroidismo, síndrome de Cushing, adenoma de hipófisis u otra enfermedad endocrinológica u hormonal?												
7. ¿Enfermedades del aparato urinario o de los órganos genitales, tales como: insuficiencia renal, quiste, cálculo, malformaciones, 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, 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, gota, lumbago, hernias, discopatías, escoliosis, osteoporosis u ostopenia, amputaciones, enfermedades musculares, dolencias en rodillas, codos u otras dolencias en los huesos, articulaciones o columna vertebral?												

## DECLARACIÓN DE SALUD

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final:	Titular		D1		D2		D3		D4		D5	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
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 de piel, ojo, oídos o tímpano, tales como: psoriasis, vitiligo, acné, cataratas, pterigion, glaucoma, ceguera, enfermedades de la retina, sordera o enfermedades de tímpano?												
13. ¿Enfermedades oncológicas, cáncer o tumor benigno o maligno en cualquier órgano o tejido del cuerpo?												
14. ¿Cirugía plástica y/o reconstructiva, presencia de prótesis de cualquier tipo, o trasplante de órgano?												
15. ¿Enfermedad o defecto de origen congénito o genético?												
16. ¿Enfermedades, tales como: brucelosis, hepatitis B o C, VIH/SIDA, malaria, HTLV, cisticercosis?												
17. ¿Tienes algo adicional que declarar sobre el estado de salud, estado físico, motivos de hospitalización o tratamientos próximos de alguno de los solicitantes que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud? Detallar motivo: _____												

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

N° de la pregunta	Marcar Titular o número de Dependiente de la persona tratada según orden de llenado en esta DPS						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
	Titular	D1	D2	D3	D4	D5			
	Titular	D1	D2	D3	D4	D5			
	Titular	D1	D2	D3	D4	D5			
	Titular	D1	D2	D3	D4	D5			
	Titular	D1	D2	D3	D4	D5			
	Titular	D1	D2	D3	D4	D5			
	Titular	D1	D2	D3	D4	D5			
	Titular	D1	D2	D3	D4	D5			
	Titular	D1	D2	D3	D4	D5			
	Titular	D1	D2	D3	D4	D5			

## INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Usted o alguno de sus derechohabientes tienen o han tenido alguna Póliza de Seguro en una Compañía de Seguros o Plan de Salud en una EPS?

SÍ  NO  En caso tu respuesta sea afirmativa completar lo siguiente:

Apellidos y Nombre de la persona	Nombre de la Aseguradora o EPS	Fecha de Vigencia		Nombre de Producto
		DESDE	HASTA	

### Información a llenar por el asegurado titular:

Fecha de cese de tu último vínculo laboral: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de inicio de tu vínculo laboral actual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si tuviste o tienes una póliza de seguro de salud, para gozar de la continuidad de cobertura de preexistencias debes presentar junto a esta solicitud una Constancia de haber estado asegurado en la Póliza indicada en el cuadro anterior. En caso hayas resuelto tu póliza de seguro debes inscribirte en nuestra EPS hasta 60 días posteriores a la terminación de tu Póliza de Seguro.

Si tuviste un Plan de Salud en una EPS, para que cuentes con la continuidad de cobertura de preexistencias, debes inscribirte en la EPS, dentro de los 90 días posteriores al inicio de tu nueva relación laboral.

## AUTORIZACIÓN PARA EL ENVÍO DE PLANES DE SALUD A TRAVÉS DE MEDIOS DIGITALES

Autorizo a RIMAC EPS a enviar mi Plan de Salud y el Manual del Afiliado a la dirección de correo electrónico que he consignado.

Para tal efecto RIMAC EPS podrá enviarme por correo electrónico: (i) un link donde podré visualizar los documentos antes indicados en PDF o (ii) dichos documentos en PDF.

En tal sentido, declaro conocer que:

- En caso no pueda abrir o leer los archivos adjuntos o cambie de correo electrónico, deberé informarlo a: [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe), o a la Central de Consultas y Emergencias en Lima: 411-1111 y en provincias: 0800-1111.
- Debo abrir y leer las comunicaciones electrónicas, archivos y links adjuntos, revisar el correo electrónico informado (bandejas de entrada y de "no deseados").  
Mantener activa mi cuenta y no bloquear a [polizaelectronica@rimac.com.pe](mailto:polizaelectronica@rimac.com.pe).

RIMAC remitirá comunicaciones escritas al domicilio del asegurado en caso la normativa prohíba el envío de estos documentos a través de medios digitales o, no se consigne una dirección electrónica.

## LEY 29733 – LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SU REGLAMENTO

Al firmar este documento doy mi consentimiento a RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud para (i) el tratamiento y transferencia de mis datos personales, (ii) que los incluya en su banco de datos, (iii) los trate con la finalidad de gestionar y manejar mi Plan de Salud, remitir información o publicidad sobre productos y servicios que pudieran ser de mi interés y evaluar la calidad del servicio y (iv) transferir mis datos, con las mismas finalidades, a miembros del Grupo Económico de RIMAC y/o terceros con los que ésta tenga una relación contractual (entre ellos, BBVA Continental). Tengo conocimiento que de no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud y que como titular de la información estoy facultado a ejercitar los derechos que la Ley N° 29733 me confiere, mediante comunicación dirigida a RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud.

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE PLANES MÉDICOS EPS

Declaro bajo juramento que las respuestas y declaraciones contenidas en este documento son ciertas y completas, por lo cual reconozco que cualquier declaración falsa, reticente o inexacta, anula y deja sin efecto alguno la cobertura del Plan de Salud, liberando de toda responsabilidad a RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, quien podrá excluirme del Plan de Salud y de ser el caso a mis derechohabientes legales, obligándome a reintegrar a RIMAC EPS los financiamientos que hubiera otorgado con base en mi declaración.

Asimismo autorizo expresamente a RIMAC EPS a solicitar a mi EPS 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, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 29561 y su Reglamento, facultando 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 por mis derechohabientes y por mí.

Finalmente, declaro conocer 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 mis coberturas.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular