

Solicitud de afiliación EPS

Nombre de la entidad empleadora: _____

Fecha de ingreso del trabajador en la entidad empleadora: _____ día / mes / año
 Mes de ingreso al plan de salud: _____ mes / año

Plan elegido: Plan Base Adicional 1 Adicional 2 Otros: _____

Datos del trabajador			
Apellido paterno	Apellido materno	1er nombre:	2do nombre:
Área donde trabaja:		Cargo actual:	
Fecha de Nac.	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Documento de Identidad: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	
Teléfono fijo:	Celular:	Email:	
Jr/Av/Calle:	N°:	Mz/Lote:	
Dpto/Piso/Int:		Sec/Etapa/Zona:	
Distrito:	Provincia:	Departamento:	

Trámite a realizar

Inscripción (inclusión) ()

Marque con una X el motivo de la inclusión:

Nuevo ingreso a la empresa	<input type="checkbox"/>
Matrimonio	<input type="checkbox"/>
Nacimiento	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Modificación ()

Dice:
Debe decir:

Exclusión ()

Motivo de la exclusión:

Relación de dependientes o derechohabientes a inscribir o excluir

(C = cónyuge o concubino(a) / H = hijo(a) / P = padre o madre):

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	C	H	P	Tipo de documento		F. de nacimiento
						D.N.I.	C.E.	

Nota: Son dependientes o derechohabientes legales los hijos hasta los 18 años, cónyuge o concubino(a) declarados. Puede afiliar, además, a sus hijos menores de 28 años.

Declaración de salud

		Sí	No
1	¿Usted y/o sus derechohabientes por afiliar han padecido o padecen alguna dolencia o enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Usted y/o sus familiares por afiliar han requerido pruebas o exámenes especializados o electrocardiogramas, electroencefalogramas, Rayos X u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Usted o su cónyuge se encuentra gestando actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Semanas de gestación: _____

Su información será incluida en el banco de datos de usuarios que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo el número de registro RNPDP-PJ N.º 781, de titularidad de PACÍFICO EPS, ubicada en Juan de Arona 830, San Isidro, Lima - Perú.

EL CLIENTE puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición, dirigiéndose a PACÍFICO EPS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público o por teléfono o a través del Chat ubicado en nuestra página web www.pacifico.com.pe.

El detalle de nuestra Política de Privacidad se encuentra disponible en: <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>

Firma y sello de la entidad empleadora

Firma del trabajador

día / mes / año