

Calle El Parque Nro. 149, Piso 2, San Isidro.  
Teléf.: 411-1111 Fax: 421-055

### SOLICITUD DE AFILIACIÓN - CONTINUIDAD FAMILIAR EPS

La solicitud de afiliación debe indicar toda dolencia o enfermedad que haya padecido o padece cualquiera de las personas que se indican en el seguro, la misma que será considerada como parte del contrato. Todas las preguntas deben ser completadas y contestadas.

**SI ALGUNA PREGUNTA NO ES CONTESTADA, LA SOLICITUD NO PODRÁ SER PROCESADA Y SERÁ DEVUELTA COMO INCOMPLETA.**

Inicio de Vigencia del(los) Afiliado(s)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Razón social corredor de seguro:

Código corredor de seguro:

Tipo de movimiento realizado:

Póliza Nueva  Inclusión de Dependiente

#### 1. ELIGE TU PLAN

Titular, cónyuges e hijos hasta 18 años:	Plan Base <input type="checkbox"/>	Plan Adicional 1 <input type="checkbox"/>	Plan Adicional 2 <input type="checkbox"/>
Hijos entre 18 y 28 años:	Plan Base <input type="checkbox"/>	Plan Adicional 1 <input type="checkbox"/>	Plan Adicional 2 <input type="checkbox"/>
Padres:	Plan Base <input type="checkbox"/>	Plan Adicional 1 <input type="checkbox"/>	Plan Adicional 2 <input type="checkbox"/>

#### 2. DATOS RELACIONADOS AL CONTRATANTE (responsable del pago de primas)

Apellidos/Nombres o Razón Social:

Dirección:

Distrito: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

DNI o RUC \_\_\_\_\_ Cod. Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico:

Estado Civil: S  C  V  D

#### 3. DATOS RELACIONADOS DEL TITULAR

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección:

Distrito: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Cod. Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

País de Residencia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Fecha de Nacimiento: / / Estado Civil: S  C  V  D

Tipo de Documento: DNI  CE  Pasaporte  Nro: \_\_\_\_\_

Cod. Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

#### 4. DATOS RELACIONADOS A LOS DEPENDIENTES DEL SOLICITANTE (favor de señalarlos en orden de edad)

(1) Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Dirección:

Sexo: M  F  Fecha de Nacimiento: / / Estado Civil: S  C  V  D

Parentesco: Cónyuge  Hijo  Conviviente  Padre  Madre

Tipo de Documento: DNI  CE  Pasaporte  Nro: \_\_\_\_\_

País de Residencia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

(2) Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Dirección:

Sexo: M  F  Fecha de Nacimiento: / / Estado Civil: S  C  V  D

Parentesco: Cónyuge  Hijo  Conviviente  Padre  Madre

Tipo de Documento: DNI  CE  Pasaporte  Nro: \_\_\_\_\_

País de Residencia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

<b>(3)</b> Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:			
Dirección:			
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento: / /	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
Parentesco: Cónyuge <input type="checkbox"/>		Hijo <input type="checkbox"/>	Conviviente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/>
Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Nro:			
País de Residencia:		Correo electrónico:	

<b>(4)</b> Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:			
Dirección:			
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento: / /	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
Parentesco: Cónyuge <input type="checkbox"/>		Hijo <input type="checkbox"/>	Conviviente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/>
Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Nro:			
País de Residencia:		Correo electrónico:	

<b>(5)</b> Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:			
Dirección:			
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento: / /	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
Parentesco: Cónyuge <input type="checkbox"/>		Hijo <input type="checkbox"/>	Conviviente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/>
Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Nro:			
País de Residencia:		Correo electrónico:	

## 5. FORMA DE PAGO

La forma de pago es al contado.

## 6. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

Esta solicitud de seguro forma parte del contrato: Los solicitantes declaran que las respuestas dadas en esta solicitud **SON VERÍDICAS Y COMPLETAS Y QUE ES DE SU CONOCIMIENTO QUE CUALQUIER OMISIÓN O FALSEDAD, ANULA EL CONTRATO.**

En consecuencia, toda obligación de la COMPAÑÍA queda sujeta a lo dispuesto en el artículo 376 del Código de Comercio. Los solicitantes declaran tener conocimiento que la COMPAÑÍA se reserva el derecho de calificar la presente solicitud y de proponer las condiciones de aseguramiento. Asimismo, la COMPAÑÍA entregará constancia de aseguramiento al **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el seguro.

### DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

Indicar si 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		(1)		(2)		(3)		(4)		(5)	
	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 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 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?												

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final:	Titular		(1)		(2)		(3)		(4)		(5)	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
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	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
	Titular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
	Titular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
	Titular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
	Titular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
	Titular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
	Titular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
	Titular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
	Titular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
	Titular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			

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, para que en un plazo no mayor a 90 días calendarios, esta última le brinde la información señalada. Asimismo, las clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y médicos tratantes, facilitarán el acceso a los documentos a médicos relacionados.

¿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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ADICIONAL

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 la historia clínica o cualquier documento médico, con la finalidad de determinar las condiciones que correspondan para el otorgamiento de cobertura complementaria, así como la(s) preexistencia(s) de cobertura complementaria que ser 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 declaradas 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 ésta última, así como el reporte de las prestaciones de salud recibidas por mis derechohabientes y por mi. 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.

### 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.

## USO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la “Ley”) y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el “Reglamento”), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, **RIMAC EPS**) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los “Datos Personales”), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

Autorizo para los fines señalados, que RIMAC EPS pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC EPS, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe), sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales.

Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC EPS y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC EPS, con domicilio en Calle El Parque Nro. 149, Piso 2 - San Isidro, Lima, estando además inscritos en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación “Clientes” con código RNPDP-PJP N° 1806.

Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC EPS. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

### Comunicaciones Comerciales

Autorizo a RIMAC EPS a utilizar mis Datos Personales y que los mismos sean tratados por terceros, para que me sean ofrecidos beneficios, productos y servicios de RIMAC EPS, a través de cualquier medio de comunicación. Declaro conocer que el no conceder esta autorización no afectará la prestación del servicio contratado.

Acepto  No Acepto

### **NOTA :**

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

Lima , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

**OBSERVACIONES**

- Adjuntar copia legible del DNI o Carné de Extranjería vigente.
- Esta autorización será válida para el contrato vigente y para futuras renovaciones.
- Esta operación está sujeta a la verificación de la firma del afiliado, la cual deberá realizar el Banco o el operador de la tarjeta según sea el caso.
- El cargo para el pago del contrato procederá si es que la cuenta asignada presenta fondos suficientes para cubrir el importe correspondiente.
- En caso que la cuenta en la cual se realizará el cargo para el pago del contrato sea de moneda distinta al tipo de moneda en la que deba efectuar el pago, el Banco o el operador de la tarjeta de crédito queda autorizado a cargar el importe al tipo de cambio definido por la SBS correspondiente al día de la operación.
- La responsabilidad del importe a pagar corresponde a RIMAC EPS.
- En caso de cambio de número de tarjeta, el cliente autoriza la afiliación de cargo automático de los servicios arriba indicados a la nueva tarjeta que se emita en sustitución de la anterior.
- En caso que el banco modifique el N° de cuenta, el N° de tarjeta, o que se realicen modificaciones referentes al afiliado/cliente en su respectiva base de datos, la responsabilidad de informar a Rimac EPS, sobre dichas modificaciones recaerá sobre el afiliado.
- En caso que la cobranza no se haya podido concretar debido a un rechazo de la operación, el afiliado/cliente será notificado a través del correo electrónico proporcionado en el presente formulario.
- Mediante la suscripción del presente formulario el afiliado/cliente se obliga a permanecer bajo esta modalidad de pago por un periodo de tiempo que no podrá ser menor a 1 (uno) año, contados desde su afiliación.