

SOLICITUD DE AFILIACIÓN EPS
ENERO 2026

Fecha de solicitud: dd/mm/aaaa

Razón social de la entidad empleadora:

Fecha de ingreso del trabajador en la entidad empleadora: dd/mm/aaaa Fecha de ingreso al Plan de Salud dd/mm/aaaa

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

1. DATOS DEL TRABAJADOR							
Apellido paterno		Apellido materno		Primer nombre		Segundo nombre	
Fecha de nacimiento		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> N°:			
Teléfono fijo		Celular		Email			
Dirección							
Distrito			Provincia			Departamento	
Área donde trabaja				Cargo actual			
Centro de costo (opcional)				Código del trabajador (opcional)			

2. TRÁMITE A REALIZAR			
Inscripción (inclusión) ()		Modificación ()	Exclusión ()
Marque con una X el motivo de la inclusión:			
Nuevo ingreso a la empresa	<input type="checkbox"/>	Dice:	Motivo de la exclusión:
Matrimonio	<input type="checkbox"/>		
Nacimiento	<input type="checkbox"/>	Debe decir:	
Otro	<input type="checkbox"/>		

3. 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	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
						DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> N°:	
						DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> N°:	
						DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> N°:	
						DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> N°:	
						DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> N°:	

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

4. DECLARACIÓN JURADA 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: <input type="text"/>

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS DEL PUNTO ANTERIOR FUE AFIRMATIVA (A EXCEPCIÓN DE LA PREGUNTA 3), COMPLETE ESTE CUADRO:

Nº de la pregunta afirmativa	Nombre completo	Enfermedad o dolencia	Clínica o centro médico donde se atendió	Fecha de diagnóstico (mm/aaaa)	Estado de salud actual*

*Indicar si está curado o en tratamiento.

5. CONTINUIDAD DE PREEXISTENCIAS

Para evaluar el beneficio de continuidad de preexistencias, será indispensable presentar la siguiente documentación:

- Copia del Plan de Salud o póliza anterior donde se indiquen a todas las personas aseguradas.
- Constancia del Plan de Salud o póliza anterior (incluir fecha de inicio y fin de vigencia).
- Relación de siniestros del Plan de Salud anterior, es decir, la relación de todas las atenciones médicas que usted y sus dependientes tuvieron desde el inicio hasta el fin de la vigencia de la Póliza y/o Plan de Salud anterior.

Asimismo, indicar en el siguiente cuadro si alguna de las personas por asegurar tiene o ha tenido cobertura médica en un seguro o Plan de Salud:

Nombre de la persona	Fecha de vigencia		Nombre de la compañía Aseguradora o EPS
	Desde (mm/aaaa)	Hasta (mm/aaaa)*	

* En caso de contar con un seguro o plan vigente, colocar el mes y año actual.

IMPORTANTE: Para gozar del beneficio de continuidad de preexistencias debe haber solicitado el seguro considerando el siguiente plazo:

- **Hasta 60 días** posteriores de haber terminado la cobertura de Pacífico EPS o de otra EPS.
Además de afiliarse dentro de los plazos establecidos, debe de haber estado en la EPS anterior mínimo tres meses.

Fecha de cese de su anterior vínculo laboral: _____
dd/mm/aaaa

Fecha de inicio en su nuevo vínculo laboral: _____
dd/mm/aaaa

6. CONSTANCIA

Dejo constancia que he completado esta solicitud en su totalidad y que se me ha entregado una copia de la misma en este acto.
Dejo constancia que he leído los términos y acepto las condiciones legales adjuntas en la página 3 de la solicitud de salud.

Firma y sello de la entidad empleadora

Firma del trabajador

DECLARACIONES DEL AFILIADO

Declaro que:

1. Conozco que las omisiones y/o imprecisiones respecto al llenado de la Declaración Jurada de Salud que consta en el presente documento, impactan de forma esencial en la evaluación del riesgo, la determinación de los aportes y, por ende, en la cobertura del Plan de Salud.
2. Declaro tener conocimiento de que PACÍFICO 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 corresponden 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.
3. Conozco que la reticencia y/o declaración inexacta, hecha con dolo o culpa inexcusable (negligencia grave) en el llenado de la presente solicitud de preguntas respondidas, genera la nulidad del Plan de Salud.
4. Conozco que constituye reticencia y/o declaración inexacta con dolo o culpa inexcusable (negligencia grave), según el caso, si:
 - a. Completo de forma inexacta la Declaración Jurada de Salud con el propósito de faltar, ocultar o cambiar la verdad de mi situación de salud o la de mis derechohabientes inscritos.
 - b. Realizo el llenado incompleto o parcial de la Declaración Jurada de Salud, con reserva o silencio de elementos fundamentales para el conocimiento exacto de mi situación de salud o la de mis derechohabientes inscritos.
 - c. No revelo datos o información contenida en mi(s) historia(s) clínica(s) o la de mis derechohabientes solicitada por Pacífico EPS al momento de la evaluación de la presente solicitud del Plan de Salud, conforme a lo establecido en el artículo 29 de la Ley 26842, Ley General de Salud.
5. En caso de declaración falsa o inexacta, acepto reintegrar a PACÍFICO EPS el monto de los gastos en los que esta 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.
6. Conozco que, en caso cambie de un plan a otro, debido a un cambio de centro laboral o de EPS, Pacífico EPS garantizará la continuidad de mis preexistencias. Para ello debo cumplir con las siguientes condiciones:
 - a. Al momento del diagnóstico de mi enfermedad, debo encontrarme bajo la cobertura de un PEAS y un plan complementario, y que hayan transcurrido noventa (90) días desde mi afiliación.
 - b. Haberme inscrito en el nuevo Plan de Salud dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual.
 - c. Mi preexistencia debe haberse efectuado durante la vigencia de mi plan complementario anterior, no tiene que estar excluida bajo ese contrato y debe tener cobertura en el nuevo plan complementario solicitado. Asimismo, en caso mi preexistencia no esté excluida debido a que no la declare oportunamente o por haber realizado una declaración falsa o reticente, entonces mi preexistencia no tendrá cobertura en el nuevo plan complementario, siendo esta una exclusión.
7. Conozco que Pacífico EPS puede limitar la cobertura de mis preexistencias a los límites que tenía esta en el plan donde se evidenció el diagnóstico.
8. Conozco que, adicional al plazo indicado de sesenta (60) días, Pacífico EPS deberá tener en cuenta mi periodo de latencia, en caso corresponda. Cabe señalar que mi periodo de latencia será determinado de acuerdo con la cantidad de aportaciones que haya realizado y conforme lo establece el artículo 37° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley N° 26790.
9. Conozco que, si contrato un plan regular o potestativo mientras estoy en periodo de latencia, mis atenciones serán atendidas bajo las condiciones y limitaciones del nuevo plan, quedando inactivo mi periodo de latencia.
10. Conozco que los planes de salud ofrecidos por Pacífico EPS podrán incluir copagos que deberé asumir, salvo se tenga mi consentimiento expreso al tiempo de la votación para elegir la EPS y el Plan de Salud, los copagos no podrán superar el 2% de mi ingreso mensual por cada atención de carácter ambulatorio ni el 10% de dicho ingreso por cada atención de carácter hospitalario. Los copagos tampoco podrán exceder el 10% del costo del tratamiento, sea ambulatorio o por hospitalización.
11. 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 PACÍFICO EPS.
12. Finalmente, autorizo a las clínicas y hospitales, así como a los médicos tratantes, instituciones, centros médicos o laboratorios, para que suministren a PACÍFICO EPS cualquier información, datos del archivo médico, exámenes de laboratorio, copia de historia clínica o cualquier documento médico, inclusive los relacionados con el VIH - SIDA, dispensándolos del secreto profesional.
13. Se acepta expresamente, en forma voluntaria, que los copagos correspondientes a las atenciones de salud que reciba bajo el presente Plan de Salud podrán superar los límites previstos en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales, que establece un máximo equivalente al 2% de mi ingreso mensual por cada atención de carácter ambulatorio y al 10% de mi ingreso mensual por cada atención de carácter hospitalario. Esta aceptación se efectúa al momento de mi afiliación al Plan de Salud y constituye parte integrante del contrato suscrito con la IAFAS.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Para la correcta ejecución de la relación contractual, EL CONTRATANTE / ASEGURADO ("EL CLIENTE") se obliga a mantener actualizada su información personal, financiera y crediticia ("LA INFORMACIÓN"), y reconoce que PACÍFICO EPS podrá tratarla, actualizarla, completarla y realizar flujos transfronterizos conforme a ley.

PACÍFICO EPS conservará, tratará y realizará flujos transfronterizos con LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE mientras se mantenga la relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizado el contrato. Para el tratamiento de LA INFORMACIÓN de EL CLIENTE, PACÍFICO EPS utilizará diversos encargados ubicados en el Perú y el extranjero, los cuales se han puesto a disposición de EL CLIENTE y también se encuentran detallados en <https://www.pacifico.com.pe/transparencia/politica-privacidad>.

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° 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>