

## Solicitud de afiliación EPS

Nombre de la entidad empleadora: JRC TRANSPORTES Y SERVICIOS SAC

Fecha de ingreso del trabajador en la entidad empleadora:

03/06/2022  
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<br><b>PACHAS</b>   | Apellido materno<br><b>ESPIÑOZA</b>                                      | 1er nombre:<br><b>OMAR</b>                                                                                     | 2do nombre:<br><b>ERNESTO</b> |
| Área donde trabaja:                 |                                                                          | Cargo actual:<br><b>CONDUCTOR</b>                                                                              |                               |
| Fecha de Nac.<br><b>06/10/1979</b>  | Sexo<br>M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Documento de Identidad:<br>DNI <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> <b>40526350</b> |                               |
| Teléfono fijo:                      | Celular:<br><b>993317225</b>                                             | Email:<br><b>opachasep@gmail.com</b>                                                                           |                               |
| Jr/Calle:<br><b>ROSA DE AMERICA</b> | Nº:<br><b>202</b>                                                        | Mz/Lote:                                                                                                       |                               |
| Dpto/Piso/Int:                      |                                                                          | Sec/Etapa/Zona:                                                                                                |                               |
| Distrito:<br><b>COMAS</b>           | Provincia:<br><b>LIMA</b>                                                | Departamento:<br><b>LIMA</b>                                                                                   |                               |

### Trámite a realizar

Inscripción (inclusión) ☒

Modificación ☐

Exclusión ☐

Marque con una X el motivo de la inclusión:

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

Dice:

Debe decir:

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. |                   |
| <b>PINEDO</b>    | <b>ORTEGA</b>    | <b>CERCY MILAGROS</b>   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <b>40038168</b>   |      | <b>22/10/1978</b> |
| <b>PACHAS</b>    | <b>PINEDO</b>    | <b>VANESSA MILAGROS</b> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>75513757</b>   |      | <b>13/09/2005</b> |
| <b>PACHAS</b>    | <b>PINEDO</b>    | <b>PAOLO ALESSANDRO</b> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>61530190</b>   |      | <b>21/11/2008</b> |
|                  |                  |                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                   |      |                   |
|                  |                  |                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                   |      |                   |

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>                             |
| 3 | ¿Usted o su cónyuge se encuentra gestando actualmente?                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Semanas de gestación: _____ |

Original

Si cualquiera de las respuestas es afirmativa sírvase completar la siguiente información:

| Nombre completo | Enfermedad / Dolencia | Médico | Clínica | Año | Condición actual |
|-----------------|-----------------------|--------|---------|-----|------------------|
|                 |                       |        |         |     |                  |
|                 |                       |        |         |     |                  |
|                 |                       |        |         |     |                  |
|                 |                       |        |         |     |                  |
|                 |                       |        |         |     |                  |

De acuerdo a lo establecido por la Ley N°29561 - Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud - y su Reglamento aprobado por DS N°008-2012-SA, Pacífico EPS garantiza la continuidad de la cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado para los trabajadores que cambien de un plan a otro a consecuencia del cambio de centro laboral o de Entidad Empleadora de Salud. Esta disposición es aplicable a los trabajadores y sus derechohabientes (no incluye padres ni hijos mayores de 18 años).

Para tal efecto, el plazo para que el trabajador tenga el derecho a la cobertura de los tratamientos considerados en el párrafo anterior, conforme a lo establecido en el artículo 11 del DS 008-2012-SA - Reglamento de la Ley N°29561 - deberá ser el que corresponde al período de latencia conforme a lo establecido en el artículo 37 del DS 009-97-SA - Reglamento de la Ley N° 26790. Si es que el afiliado regular o su derechohabiente no hubiera constituido el derecho señalado en el artículo 37, corresponde un plazo de dos (2) meses para que se produzca el derecho a la continuidad. Para hacer efectiva la continuidad de la cobertura de preexistencias de capa compleja, el trabajador deberá haber dejado su centro laboral o haber cambiado de EPS a partir del 19 de julio de 2010 e inscribirse en el nuevo plan de salud, dentro de los noventa (90) días calendario posteriores al inicio de su nueva relación laboral.

Autorizo a Pacífico EPS a solicitar la información necesaria a la anterior EPS respecto a las condiciones, limitaciones y exclusiones de la cobertura del plan de salud, así como al reporte de las prestaciones de salud recibidas por el titular y sus derechohabientes durante dicha vigencia.

¿Tiene o ha tenido algún plan de salud en una EPS?      ☒ SÍ      ☐ NO

Si su respuesta es afirmativa, sírvase responder las siguientes preguntas:

Nombre de la EPS donde estuvo afiliado: PACÍFICO

Fecha de cese en su anterior  
vínculo laboral:

31/01/2022  
día / mes / año

Fecha de inicio en su nuevo  
vínculo laboral:

03/06/2022  
día / mes / año

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.

Asimismo, declaro tener conocimiento 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.

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. 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.

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.

#### 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.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](http://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

02/06/2022  
\_\_\_\_\_  
día / mes / año