



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 nacimiento: _____ / _____ / _____ Sexo: F M Documento de identidad: DNI CE _____

día mes año Email: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____ N°: _____ Mz/Lote: _____

Jr/Av/Calle: _____ N°: _____ Sec/Etapa/Zona: _____

Dpto/Piso/Int: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Trámite a realizar

Inscripción (inclusión)

Modificación

Exclusión

Marque con una X el motivo de la inclusión:

Nuevo ingreso a la empresa	_____
Matrimonio	_____
Nacimiento	_____
Otro	_____

Dice: _____

Motivo de la exclusión: _____

Debe decir: _____

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	D.N.I.	F. de nacimiento
							/ /
							/ /
							/ /
							/ /
							/ /

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 25 años.

Declaración de salud

1) ¿Usted y/o sus derechohabientes por afiliar han padecido o padecen alguna dolencia o enfermedad?

Sí No

2) ¿Usted y/o sus familiares por afiliar, han requerido pruebas o exámenes especializados o electrocardiogramas, electroencefalogramas, Rayos X u otros?

Sí No

3) ¿Usted o su cónyuge se encuentra gestando actualmente?

Sí No Semanas de gestación: _____

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

Nombre completo	Enfermedad / Dolencia	Médico	Clínica	Año	Condición actual

