

## 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

Teléfono fijo: Celular: Email:

Ir/Av/Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Mz/Lote: \_\_\_\_\_

Dpto/Piso/Int: \_\_\_\_\_ Sec/Etapa/Zona: \_\_\_\_\_

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:

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

**Nota:** Son dependientes o derechohabientes legales los hijos hasta los 18 años, cónyuge o concubino(a) declarados. Puede afiliarse, 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



