

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE PLANES MÉDICOS EPS

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

Fecha de inicio vigencia del(los) afiliado(s): 01 / /

ENTIDAD EMPLEADORA

RUC: Nombre o razón social:

DATOS DEL TITULAR

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres: Fecha de Nac: / /

Email: Edad Sexo: M ☐ F ☐

Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N°:

Nacionalidad: Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D ☐ Otros: Teléfono:

Celular: Domicilio:

Distrito: Provincia: Departamento:

ELIGE TU PLAN

Regular ☐ Potestativo ☐

Titular, cónyuges e hijos hasta 18 años: Plan base ☐ Plan adicional 1 ☐ Plan adicional 2 ☐

¹Hijos mayores de 18 años: Plan base ☐ Plan adicional 1 ☐ Plan adicional 2 ☐

²Padres: Padres 1 ☐ Padres 2 ☐

AUTORIZACIÓN DE ABONO EN CUENTA PARA EL BENEFICIO DE REEMBOLSO³

BANCOS: CONTINENTAL ☐ CRÉDITO (BCP) ☐ SCOTIABANK ☐ INTERBANK ☐ OTROS ☐ Menciona:

TIPO DE CUENTA: AHORROS ☐ CUENTA CORRIENTE ☐ CUENTA MAESTRA ☐

N° DE CUENTA:

CCI

MONEDA SOLES ☐ DÓLARES ☐

CONSIDERACIONES

- Todos los pagos de reembolsos vía abono en cuenta se realizarán únicamente a la cuenta detallada en el presente documento. Solo proceden cuentas propias de titulares.
- La moneda de la cuenta bancaria debe ser la misma que la moneda del plan.
- Se debe detallar el número de cuenta y CCI (código interbancario).
- La confirmación del abono será enviada a la dirección de correo electrónico indicada en el presente documento.
- En caso se modifique el N° de cuenta, la responsabilidad de informar a GRANDIA EPS sobre dichas modificaciones recaerá en el AFILIADO/CLIENTE.
- Esta autorización será válida para la Póliza vigente y para futuras renovaciones.

¹ Desde los 18 años cumplidos hasta la edad límite de permanencia establecida en tu Plan de Salud.

² Si el Plan de Salud tiene un Plan de Padres.

³ Siempre y cuando tu Plan de Salud incluya dicho beneficio.

DATOS DE LOS DEPENDIENTES

El sistema de seguridad social se encuentra orientado a lograr que toda la población cuente con una cobertura de salud, en ese sentido, todos los trabajadores y sus derechohabientes deben tener una cobertura de salud, ya sea en EsSalud o en una EPS. Si un trabajador se afilia a una EPS, tanto él como sus derechohabientes podrán recibir atenciones a través de dicha EPS, siempre que éstos se encuentren afiliados, caso contrario sus derechohabientes no gozarían de las atenciones de salud. No obstante lo antes indicado debe tenerse en cuenta que si sus derechohabientes ya fueron inscritos por su cónyuge -quien labora otra entidad empleadora- ya no resulta indispensable que los afilie a su EPS.

D1.	Apellido Paterno:		
	Apellido Materno:		
	Nombres:		
	Fecha de Nac: / /	Sexo: M ☐ F ☐	Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D
	Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N°:		
	Parentesco: Cónyuge ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre ☐		
D2.	Apellido Paterno:		
	Apellido Materno:		
	Nombres:		
	Fecha de Nac: / /	Sexo: M ☐ F ☐	Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D
	Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N°:		
	Parentesco: Cónyuge ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre ☐		
D3.	Apellido Paterno:		
	Apellido Materno:		
	Nombres:		
	Fecha de Nac: / /	Sexo: M ☐ F ☐	Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D
	Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N°:		
	Parentesco: Cónyuge ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre ☐		
D4.	Apellido Paterno:		
	Apellido Materno:		
	Nombres:		
	Fecha de Nac: / /	Sexo: M ☐ F ☐	Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D
	Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N°:		
	Parentesco: Cónyuge ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre ☐		
D5.	Apellido Paterno:		
	Apellido Materno:		
	Nombres:		
	Fecha de Nac: / /	Sexo: M ☐ F ☐	Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D
	Tipo de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N°:		
	Parentesco: Cónyuge ☐ Conviviente ☐ Hijo/a ☐ Padre/Madre ☐		

La información contenida en este documento tiene el carácter y compromiso de declaración jurada y determina que el TITULAR, suscriptor de la misma, conoce y por lo tanto declara con verdad y suficiencia de conocimiento sobre la condición de salud y antecedentes médicos de cada una de las personas registradas como dependientes. Asimismo autoriza a las IAFAS si lo considera necesario, poder tener acceso a la revisión de la historia clínica de los solicitantes que declara con fines de auditoría, fiscalización, continuidad y control de beneficios.

[illegible]

[illegible]

Si alguna de las respuestas es afirmativa, proporcionar información detallada.

[illegible]

COBERTURA DE CONTINUIDAD

Con la finalidad de dar continuidad a la cobertura de preexistencias den el plan de salud y de acuerdo con lo establecido en la Ley N° 29561 y su reglamento D.S. N° 008-2012 -S.A. todo titular de un plan de salud EPS deberá declarar bajo juramento si se encuentra o ha encontrado bajo la cobertura de un plan de salud en el sistema de EPS o asistencia familiar, de estarlo o haberlo estado, deberá indicar el nombre de esta y la fecha de su último vínculo laboral.

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿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: ____/____/____

Checklist de documentos

DNI de todos los afiliados	☐
Partida de matrimonio / Inscripción en registros públicos de la unión de hecho (para convivientes)	☐
Constancia de EPS / Seguro anterior	☐
Reporte de siniestros / Atenciones médicas de EPS / Seguro anterior	☐

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El CONTRATANTE queda informado conforme a Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (en adelante "Ley") y su Reglamento, que los datos personales proporcionados del CONTRATANTE y AFILIADOS, en especial los referidos a datos sensibles son los estrictamente necesarios para la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al programa contratado para:

- Evaluar el estado de afiliación en base a la información proporcionada.
- Aprobar la cobertura de los beneficios del programa.
- Gestionar el cobro de deudas, de ser el caso.
- Realizar la gestión administrativa, prestacional de salud y acreditación de los AFILIADOS para su prestación médica.
- Remitir información relativa de los beneficios a los AFILIADOS al programa contratado.
- Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales competentes relacionados a su afiliación.
- Enviar información referente a la concientización de vida saludable y cuidado de la salud.

Asimismo, los datos personales y sensibles proporcionados serán transferidos a nivel nacional a Grandia EPS y/o socios comerciales y/o la Superintendencia Nacional de Salud y/o EsSalud y/o con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los cuales están descritos en la página web www.grandia.pe con la finalidad de cumplir con los fines mencionados y relacionados a los servicios brindados; y a nivel internacional, a Amazon Web Services y Google Inc, con el fin de almacenar los datos en la nube, cuyos servidores se encuentran en Estados Unidos. En este sentido, Grandia EPS compartirá los datos personales y sensibles con Sistemas Alternativos de Beneficios S.A. (en adelante, "SABSA"), identificada con RUC N° 20101092306, empresa subcontratada por la Grandia EPS exclusivamente para el uso plataforma y realice la gestión de algunos procedimientos misionales.

Los datos personales serán incorporados y almacenados en los bancos de datos denominados "Clientes" y/o "Pacientes", ambos de titularidad de Grandia EPS, mientras no se solicite su cancelación por el titular del dato, en cumplimiento con la Ley y normativa aplicable al sector salud. De expresar su negativa a brindar los datos personales, la Grandia EPS no podrá cumplir con la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al programa contratado. Asimismo, el CONTRATANTE declara contar con la autorización de las personas consignadas como DEPENDIENTES para el tratamiento de los datos personales.

Adicionalmente, autorizo a Grandia EPS, a realizar los siguientes fines distintos a la gestión del programa contratado, tales como:

- Realizar encuestas de satisfacción para mejorar la calidad de los servicios brindados, y transferir los datos personales a nivel nacional a los socios comerciales listados en la página para que cumplan con esta finalidad como encargados.
- Informar sobre los nuevos productos y/o promociones, y transferir los datos personales a nivel nacional a los socios comerciales listados en la página web para que cumplan con esta finalidad como encargados.
- Transferir los datos personales, a nivel nacional a las empresas vinculadas a Grandia EPS y empresas vinculadas listados en la página remitir información sobre los productos y/o servicios que estos ofrecen.

☐ **Sí Acepto**

☐ **No Acepto**

Las partes se comprometen a guardar confidencialidad en el tratamiento de los datos personales, incluso con posterioridad a la culminación del contrato, así como la adopción de medidas de seguridad en la normativa de protección de datos personales.

Grandia EPS realizará el tratamiento de los datos personales de los trabajadores para el cumplimiento de las obligaciones del contrato. Al finalizar dichas obligaciones, Grandia EPS se compromete a destruir la información relacionada con los datos personales en su poder, de acuerdo con las instrucciones y por escrito del CONTRATANTE, salvo disposición legal que le exija a Grandia EPS su conservación.

La no autorización del tratamiento de datos en los términos detallados anteriormente no condiciona la contratación al programa. Asimismo, le comunicamos que puede ejercer sus derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición), enviando una solicitud escrita a nuestras oficinas ubicadas en Av. Paseo de la República N° 3717, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima, o a través del correo electrónico atencionalcliente@grandia.pe

El CONTRATANTE, se obliga a informar a los AFILIADOS, sobre el tratamiento de datos personales que realizará Grandia EPS junto con los terceros mencionados. Asimismo, el CONTRATANTE garantiza que los titulares de los datos estén debidamente informados acerca del uso de su información personal y de sus derechos, en cumplimiento de lo establecido en la Normativa de Protección de Datos Personales. En caso de cualquier afectación a los titulares de los datos personales por el incumplimiento de esta obligación, el CONTRATANTE asumirá la responsabilidad y garantizará la indemnización por los daños ocasionados.

La firma del presente documento por el CONTRATANTE constituye la aceptación de la información proporcionada y declarada en la SOLICITUD DE AFILIACIÓN, así como el reconocimiento de que se la ha explicado con detalle y ha entendido las condiciones generales y condiciones particulares, las cuales forman parte del presente contrato y se encuentran adicionalmente disponibles en la página web de la Grandia EPS (www.grandia.pe). La suscripción del presente documento va a ser a través de firma electrónica simple (firma digitalizada).

AUTORIZACIÓN PARA EL ENVÍO DEL PLAN POR CORREO ELECTRÓNICO

Declaro que estoy de acuerdo con que GRANDIA EPS me envíe por medio de correo electrónico el plan de salud que he contratado, los endosos y renovaciones futuras. Estas comunicaciones y/o notificaciones que sean dirigidas a mi correo, señalado en este documento, surtirán efectos y las consideraré recibidas a partir del momento en que estas sean recibidas en el servidor (bandeja de entrada) de mi cuenta de correo electrónico, considerándose igualmente que en ese momento he tomado conocimiento de documento enviado por dicho medio.

Para la confirmación de la recepción del plan de salud será suficiente la confirmación de la recepción que efectúa el propio sistema de Grandia EPS, cuando la bandeja de entrada reciba el correo electrónico con el plan de salud, salvo que se demuestre que hubo un error respecto al envío de la información.

El plan de salud electrónico será transmitido en la versión digital. La autenticidad e integridad del plan se dará con el envío del PDF. Este será archivado por Grandia EPS encontrándose a disposición del asegurado de forma inmediata y permanente.

Recuerde que todas las preguntas son obligatorias, por favor revise haber contestado a todas las preguntas de este formulario.

Si alguna pregunta no es contestada, la solicitud no se procesará y será devuelta; o en su defecto podría ser considerada como ocultamiento o reticencia de información.

La firma del presente documento por el CONTRATANTE constituye la aceptación proporcionada en la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD.

DECLARACIÓN DE SALUD

De conformidad con el artículo 25 inciso a) de la Ley General de Salud N° 26842, presto mi consentimiento para cualquier establecimiento de salud sea público, privado o mixto, así como médicos tratantes proporcionen a Grandia EPS en el momento en que se deba evaluar la procedencia de una solicitud de cobertura en caso de siniestro, cualquier información del acto médico relacionado a su atención o la de sus derechohabientes, tales como historias clínicas, certificados e informes, dispensándolos de la reserva de información, sin perjuicio de lo expuesto, reconozco que las clínicas o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de información, por lo que estos podrán brindar a Grandia EPS o la administradora del financiamiento toda la información relacionada con el acto médico, siempre que fuese con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

Día

Mes

Año

Fecha

Firma del Titular
Doc. Identidad