

SOLICITUD DE PLAN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

FECHA DE SOLICITUD

MOTIVO DE LA SOLICITUD:

- Nuevo Plan de Aseguramiento en Salud
- Cambio de Plan
- Inclusión de dependiente

DATOS DEL TITULAR POR ASEGURAR

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
Número de DNI/CE	Teléfono	Correo electrónico ¹	
Dirección	Distrito	Provincia	Departamento
Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)	Peso (kg)	Estatura (m)	Sexo

DATOS DE LOS DEPENDIENTES (Cónyuge/conviviente/Hijos)

DEP	Apellido paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI/CE	Sexo	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA)	Parentesco con el titular	Peso (kg)	Estatura (m)
D1					M F				
D2					M F				
D3					M F				

DATOS DEL CONTRATANTE

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
Número de DNI/CE	Teléfono	Correo electrónico ²	
Dirección	Distrito	Provincia	Departamento
Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)	Peso (kg)	Estatura (m)	Sexo

¹ LA CLINICA podrá enviar información por correo electrónico sobre la presente solicitud y/o cualquier comunicación necesaria para su ejecución.

² LA CLINICA podrá enviar información por correo electrónico sobre la presente solicitud y/o cualquier comunicación necesaria para su ejecución.

Declaraciones del asegurado

Declaro que:

1. Conozco que la veracidad y exactitud de la información aquí consignada es esencial para la determinación de la prima, la cobertura y la decisión final de LA CLINICA para asegurar el riesgo analizado. Por ello conozco que la prima que me ha sido informada al momento de llenar esta solicitud puede variar dependiendo de las condiciones médicas que he declarado en esta solicitud, en cuyo caso la nueva prima me será informada para que preste mi aceptación de manera previa a la afiliación al Plan de Aseguramiento en Salud.
2. 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 las primas y, por ende, en la cobertura del Plan de Aseguramiento en Salud.
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 Contrato de Aseguramiento en Salud.
4. Conozco que constituye reticencia y/o declaración inexacta con culpa inexcusable (negligencia grave) o dolo, según el caso, por ejemplo:
 - Completar 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 Dependientes inscritos. No aplica cuando las circunstancias omitidas fueron el contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o declaración jurada de salud y LA CLINICA igualmente celebró el contrato.
 - Realizar un 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 dependientes inscritos. No aplica cuando las circunstancias omitidas fueron el contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o declaración jurada de salud y LA CLINICA igualmente celebró el contrato.
 - No revelar datos o información contenida en la(s) historia(s) clínica(s) del solicitante o dependientes a asegurar, solicitada por LA CLINICA en la presente Solicitud de Plan de Aseguramiento en Salud, conforme a lo establecido en el artículo 29 de la Ley No. 26842 - Ley General de Salud.
5. Conozco que tengo la obligación de notificar por escrito a LA CLINICA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y conozco también que esta obligación se extiende durante la vigencia del Plan de Aseguramiento en Salud; y, asimismo, en la vigencia de los planes que se negocien sucesiva e ininterrumpidamente.
6. Conozco que tengo la obligación de informar a LA CLINICA sobre cualquier evento o circunstancia que directa o indirectamente pueda ser pertinente para corregir, actualizar y/o complementar las declaraciones de mi estado de salud realizadas para la emisión del Plan de Aseguramiento en Salud original, o para el caso de nuevas vigencias sucesivas e ininterrumpidas. Si no actualizo la información que brindo para la emisión del Plan de Aseguramiento en Salud original, se entenderá que he confirmado que no existe información nueva que directa o indirectamente sea relevante para corregir, actualizar y/o complementar las declaraciones realizadas de mi estado de salud o de mis dependientes.
7. Conozco que estoy facultado para plantear ante LA CLINICA todas las consultas y/o dudas que pueda tener respecto del contenido de la Declaración Jurada de Salud que consta en el presente documento.
8. Conozco que para la atención de mis preexistencias o las de mis dependientes, de ser el caso, y una vez celebrado el Contrato de Aseguramiento en Salud, LA CLINICA solicitará a la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) cuya información proporciono en este acto, los antecedentes médicos correspondientes, que permitan la continuidad, o cualquier información que demuestre que mi preexistencia fue cubierta por dicha IAFAS mediante un Plan de Aseguramiento en Salud de similares características, en el periodo inmediato anterior a la presente solicitud. Esto, a efectos de conocer los alcances de mi anterior plan y otorgarme la continuidad de la cobertura correspondiente. Datos de la anterior IAFAS: _____
9. He tenido a mi disposición de manera previa a la contratación las condiciones generales, y demás información del Plan de Aseguramiento en Salud que solicito. Conozco que este Plan de Aseguramiento en Salud se encuentra sometido a un período de carencia de 90 días calendario y período de espera de 12 meses, contados desde su entrada en vigencia, periodos en los cuales no se aplican determinadas coberturas.

PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA

- a) **Periodo de Carencia**

Periodo de tiempo que debe transcurrir desde la fecha de ingreso del ASEGURADO al Plan de Aseguramiento en Salud, para tener derecho a la cobertura contratada. Durante dicho periodo no se otorgan las coberturas contratadas. El periodo previsto en el presente Plan es de 90 días calendario, contados a partir del día siguiente de su entrada en vigencia.

Las condiciones de salud que se presenten dentro de este periodo serán consideradas preexistencias para todos los efectos durante la vigencia del Plan, siendo susceptibles de excluirse formalmente de la cobertura contratada mediante el endoso correspondiente.

Están excluidas de periodo de carencia las condiciones asegurables incluidas en el PEAS, aquellas que cumplan con

las reglas para su continuidad de cobertura en caso de prestaciones no contenidas en el PEAS, y las emergencias.

b) **Periodo de Espera**

Es el periodo de tiempo durante el cual la cobertura de ciertas enfermedades y/o procedimientos no está activa luego de la fecha de ingreso del ASEGURADO al Plan de Aseguramiento en Salud. A diferencia del periodo de carencia, todo diagnóstico o enfermedad manifestada durante este periodo sí estará cubierto luego de transcurrido dicho plazo. El periodo previsto en el presente Plan es de 12 meses, contados a partir del día siguiente de su entrada en vigencia. Durante el periodo de espera los gastos relacionados con las ENFERMEDADES y procedimientos sujetos de espera no serán considerados como gastos cubiertos bajo este Plan

PRIMA

Declaro que el monto de la prima comercial + IGV a pagar será la que me corresponde en base a las respuestas brindadas en el cuestionario contenido en la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, a la siniestralidad del programa, a los costos de los proveedores médicos y cualquier otro factor que se encuentre señalado en las CONDICIONES PARTICULARES del Plan.

FORMA DE PAGO

Efectivo		Directo (1 cuota)		6 cuotas (sin intereses)		12 cuotas (aplica intereses)
Débito automático						

La forma de pago acordada se aplicará a las posteriores vigencias del Plan de Aseguramiento en Salud, salvo modificación por parte del contratante y/o del asegurado. El solicitante deberá firmar la autorización para el débito automático que se anexa a esta solicitud.

.....
Firma del contratante

.....
Huella dactilar

Nombre y Apellidos:
DNI:

OBSERVACIÓN DEL SUSCRIPTOR – ADMINISTRATIVO:

.....
Firma del suscriptor