

FORMULARIO 1

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y ACREDITACIÓN CONTRACTUAL

La suscripción del presente Formulario da fe, por parte de **EL CONTRATANTE**, de la recepción física y/o virtual de la totalidad de términos y condiciones que contempla el **PLAN DE SALUD** contratado y por tanto de su cabal conocimiento de los alcances y limitaciones que contempla **EL CONTRATO**.

1. PRODUCTO (Marcar con una "x")

Plus Salud Gold Salud Top Salud Otro:

2. MOVIMIENTO A REALIZAR

Nuevo Plan de Salud: Inclusión de dependiente: N° Contrato:

Cambio de Plan de Salud: N° Contrato Anterior:

3. DATOS DEL CONTRATANTE (responsable del pago de aportes / Marcar con una "x"):

Tipo de Persona:

Jurídica () Natural ()

Nombres / Razón Social: RUC:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres:

Tipo Documento: DNI CE N.º Edad: Sexo M F

Estado Civil S C V D Fecha de Nac. Email:

Dirección Referencia:

Distrito: Provincia: Dpto.:

Teléfono: Celular:

4. DATOS DEL TITULAR (llenar únicamente si el Titular es diferente al Contratante)

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Tipo de Documento DNI CE N.º Edad Sexo M F

Estado Civil S C V D Fecha de Nac. Email:

Dirección

Distrito: Provincia: Dpto.:

Teléfono: Celular:

5. DATO(S) DE (LOS) DEPENDIENTE(S) (Marcar con una "x")

Código de afiliados	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Edad	Parentesco	DNI / CE	Fecha de Nac.
D1	<input type="text"/>						
D2	<input type="text"/>						
D3	<input type="text"/>						
D4	<input type="text"/>						
D5	<input type="text"/>						

¿Usted se encuentra afiliado en ESSALUD o SIS? SI NO ¿Cuenta con seguro particular? SI NO Nombre de la Cía.:

Indique el periodo de vigencia de su ultimo plan de salud: desde: hasta:

6. INICIO DE VIGENCIA

El inicio de vigencia rige a partir de las 00 horas desde la primera quincena del mes o el primer día del mes siguiente con relación a la fecha de la recepción de la SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y ACREDITACIÓN CONTRACTUAL en tanto la misma, cumpla con todos los requisitos de afiliación indicados en la CLÁUSULA CUARTA de las CONDICIONES GENERALES (Requisitos de Afiliación). En su defecto el inicio de la vigencia corresponderá a partir del primer día del mes siguiente con relación a la fecha de recepción de la SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y ACREDITACIÓN CONTRACTUAL, debidamente subsanada. En ningún caso, el inicio de la vigencia aplicará retroactivamente a la fecha de recepción de la SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y ACREDITACIÓN CONTRACTUAL observada. En caso el o alguno de EL(LOS) AFILIADO(S) propuestos por el CONTRATANTE, al momento de solicitar su afiliación, se encuentre en condición de hospitalizado en cualquier establecimiento de salud o en estado de postración, la vigencia de EL CONTRATO regirá a partir de las 00 horas desde el primer día del mes siguiente luego de transcurridos los primeros sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de la eventual alta médica correspondiente a ese evento. Declaro que es de mi conocimiento y aceptación que esta solicitud forma parte íntegramente del contrato y que cualquier omisión, simulación o falsedad, anula de hecho el contrato y en consecuencia toda obligación de LA IAFAS.

7. CONSENTIMIENTO EXPRESO

De conformidad con lo establecido en la Ley N.º 29733, ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado para el tratamiento transferencia de sus datos personales consignados en el presente documento, al banco de datos de titularidad de IAFAS Planes de Protección en Salud Familiar y de cualquiera de sus empresas relacionadas que, conjuntamente con cualquier otro dato obtenido en fuentes accesibles al público, se trataran con la finalidad de ser utilizados para los temas contractuales que se pueda iniciar entre las partes y para compartirla con nuestros asociados de negocios con fines comerciales u otros que se puedan definir.

Lima _____ de _____ del _____

FIRMA DEL CONTRATANTE
Nombre / Razón Social:
DNI / CE / RUC:



Huella Dactilar

IAFAS Planes de Protección en Salud Familiar SAC

ANEXO 2: PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA

1.- Período de carencia	Período de carencia
Periodo de carencia inicial para acceder a todas las coberturas prestacionales.	1 MES
2.- Período de espera	Período de espera
Todo procedimiento quirúrgico y no quirúrgico y/o intervención quirúrgica, incluidos los exámenes preoperatorios. Se exceptúan las apendicetomías y eventos de torsión testicular atendidos en emergencia.	12 MESES
Cobertura de hospitalización.	6 MESES
Enfermedades respiratorias excepto las agudas: rinitis, faringo-amigdalitis, laringo-traqueitis, bronquitis, epiglotitis, sinusitis, reacción de hipersensibilidad vías respiratorias superiores, edema de laringe, otros abscesos de la faringe y neumotórax.	3 MESES
Enfermedades preexistentes, en tanto no cuenten con un período de espera específico.	6 MESES
Cobertura odontológica.	6 MESES
Enfermedades congénitas.	12 MESES
Cobertura por tratamientos de fisioterapia, con excepción de los generados a consecuencia de un accidente, cubierto por este mismo Contrato.	12 MESES
Tratamientos de rehabilitación de columna o correcciones vertebrales.	12 MESES
Síndrome adherencial abdominal y/o pélvico con bridas y/o adherencias como consecuencia o no de cirugía o enfermedad inflamatoria previa al inicio del contrato.	12 MESES
Cirrosis hepática.	12 MESES
Cobertura de Maternidad.	12 MESES
Chequeo médico anual.	12 MESES
Cobertura oncológica.	12 MESES

Aplica para contratos con inicio de vigencia desde el 16 de mayo del 2023.

FIRMA DEL CONTRATANTE

DNI / CE / RUC: