



COLEGIO DE INGENIEROS DEL PERÚ

CONSEJO DEPARTAMENTAL DE LIMA



PROCEDIMIENTO PARA LA AFILIACION DEL “SALUDING”

Titular.- Colegiado

- ✓ Llenar y firmar el formato de afiliación (2da. Hoja) y declaración jurada (7ma. Hoja)
- ✓ Copia simple de tu DNI o Carnet Extranjería o Pasaporte (ambos lados).

Dependientes: Cónyuge o Conviviente

- ✓ Copia simple de su DNI o Carnet Extranjería o Pasaporte (ambos lados).
- ✓ Copia simple del Acta de matrimonio o declaración de unión de hecho, sea por resolución judicial o por escritura pública.

Dependientes: Hijos

- ✓ Copia simple de su DNI o Carnet Extranjería o Pasaporte (ambos lados).

Los documentos para deberán ser enviados al siguiente correo:

saluding@ciplima.org.pe

En el asunto deben de colocar su código de Registro CIP y DNI

Los costos mensuales de cada plan son los siguientes:

CATEGORIA POR COMPOSICION	APORTE MENSUALES POR PLAN		
	BASE	ADICIONAL 1	ADICIONAL 2
Titular solo	S/ 157.00	S/ 205.00	S/ 263.00
Titular + 1 Dependiente	S/ 314.00	S/ 409.00	S/ 525.00
Titular + 2 Dependiente	S/ 470.00	S/ 613.00	S/ 788.00
Titular + 3 Dependiente a más	S/ 627.00	S/ 818.00	S/ 1,050.00
Hijos mayores de 18 años	S/ 157.00	S/ 205.00	S/ 263.00

Una vez enviado al correo se iniciará el proceso de evaluación, el cual es un aproximado de 48 horas, brindando una respuesta por correo y por What's App.

"La salud es el único tesoro que ni el tiempo ni el dinero lo pueden devolver, no esperes a que la vida te recuerde su fragilidad; afíliate a Saluding y camina con la seguridad de estar protegido en cada paso."

Calle Barcelona N° 290, San Isidro, Lima - Perú

What's App: 923 784 311

saluding@ciplima.org.pe

www.intranet.ciplima.org.pe



Certificación ISO 9001: En los Procesos de: Legalización del Ejercicio Profesional del Ingeniero a través de la Colegiación, Registro oficial de Firma y Sello(s), Emisión de Certificados de Habilidad, Obra pública, Misión Pericial, Arbitraje Institucional, Proceso Disciplinario en el Tribunal Departamental de Ética, Defensa Profesional, Atención al Colegiado, Recaudación y Facturación, Gestión de los Servicios de Capacitación en los Capítulos de Ingeniería, Acreditación y Certificación de Delegados Municipalidades de Edificación y Habilitación Urbana e Inspectores Municipalidades de Obra, Revisión de Expedientes Técnicos de Edificación y Habilitación Urbana y Reserva y Alquiler de Ambientes"

SOLICITUD DE AFILIACIÓN EPS

AFILIACIÓN | INCLUSIÓN | INICIO VIGENCIA DEL(LOS) AFILIADO(S) / / | FECHA DE INICIO EN EL CENTRO LABORAL / /

ELECCIÓN DE PLAN (MARQUE CON UNA X)

PLAN REGULAR - TITULAR, CÓNYUGE E HIJOS HASTA 18 AÑOS: PLAN BASE | PLAN ADICIONAL 1 | PLAN ADICIONAL 2

PLAN POTESTATIVO | ESPECIFICAR _____

1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

NOMBRES O DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL _____ | RUC _____
 TIPO DE DOCUMENTO N° _____

DIRECCIÓN _____ | DISTRITO _____ | PROVINCIA / DEPARTAMENTO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ | TELÉFONO _____ | CÓDIGO CIU (ACTIVIDAD ECONÓMICA) _____

2. INFORMACIÓN DEL TITULAR

NOMBRES Y APELLIDOS _____ | FECHA DE NACIMIENTO / /

DNI | CE | M | F | S | C | D | CONVIVIENTE
 TIPO DE DOCUMENTO N° | SEXO | NACIONALIDAD | ESTADO CIVIL

DIRECCIÓN _____ | DISTRITO _____ | PROVINCIA / DEPARTAMENTO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ | TELÉFONO _____ | OCUPACIÓN _____

INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG _____ | INDIQUE SU TALLA EN CM _____

1/5

La filosofía del sistema de seguridad social es que todos los trabajadores y sus derechohabientes tengan cobertura de salud, ya sea en EsSalud o en una EPS. Si un trabajador se afilia a una EPS, tanto él como sus derechohabientes pierden la cobertura del PEAS en EsSalud y la trasladan a dicha EPS. Por tal motivo, de no afiliarlos, quedarían desprotegidos. No obstante, si dichos derechohabientes gozan de una cobertura de salud a través del cónyuge que labora en otra entidad empleadora, ya no resulta indispensable que el primero los afilie a su EPS.

3. INFORMACIÓN DE LOS DERECHOHABIENTES O DEPENDIENTES

CONYUGE/CONVIVIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS _____ | FECHA DE NACIMIENTO / /

DNI | CE | RUC | M | F | S | C | D | CONVIVIENTE
 TIPO DE DOCUMENTO N° | SEXO | NACIONALIDAD | PARENTESCO

CORREO ELECTRÓNICO _____ | CÓNYUGE | CONVIVIENTE

INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG _____ | INDIQUE SU TALLA EN CM _____ | OCUPACIÓN _____

HIJO 1

NOMBRES Y APELLIDOS _____ | FECHA DE NACIMIENTO / /

DNI | CE | RUC | M | F | S | C | D | CONVIVIENTE
 TIPO DE DOCUMENTO N° | SEXO | NACIONALIDAD

CORREO ELECTRÓNICO _____ | TELÉFONO _____

INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG _____ | INDIQUE SU TALLA EN CM _____ | OCUPACIÓN _____

HIJO 2

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO
DNI CE RUC	M F	
TIPO DE DOCUMENTO N°	SEXO	NACIONALIDAD
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	
INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG	INDIQUE SU TALLA EN CM	OCUPACIÓN

HIJO 3

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO
DNI CE RUC	M F	
TIPO DE DOCUMENTO N°	SEXO	NACIONALIDAD
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	
INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG	INDIQUE SU TALLA EN CM	OCUPACIÓN

HIJO 4

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO
DNI CE RUC	M F	
TIPO DE DOCUMENTO N°	SEXO	NACIONALIDAD
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	
INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG	INDIQUE SU TALLA EN CM	OCUPACIÓN

Firma del Titular

4. DECLARACIÓN DE SALUD

El titular solicitante deberá responder Sí o No marcando con "X" en cada casilla correspondiente.

Se deja expresa constancia que el Titular se encuentra en la obligación de llenar completamente la presente Declaración Personal de Salud respecto del mismo y sus derechohabientes. La EPS se reserva el derecho a analizar el otorgamiento de las coberturas de aquellos casos en que alguna o algunas de las preguntas no sea(n) respondida(s).

¿Alguno de los solicitantes (titular o dependientes) ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por alguna de las enfermedades o dolencias descritas a continuación?

TODA RESPUESTA AFIRMATIVA DEBE DETALLARSE EN EL RECUADRO FINAL	TITULAR		CÓNYUGE / CONVIVIENTE		HIJO 1		HIJO 2		HIJO 3		HIJO 4		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES													
a. Hipertensión arterial (presión alta).			b. Infarto Cardíaco.			c. Angina (dolor) de Pecho.			d. Aneurisma.				
e. Arritmia Cardíaca.			f. Várices.			g. Malformaciones del Corazón.			h. Trombosis.				
i. Enfermedades de las Válvulas Cardíacas.			j. Angioplastia / By pass Aortocoronario.										
2. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO													
a. Accidente Cerebro Vascular.			b. Migraña.			c. Secuela de Polio.			d. Vértigo.				
e. Epilepsia.			f. Convulsiones.			g. Neuralgias Post Herpéticas.			h. Parálisis.				
i. Hemorragia Intracraneal.			j. Parkinson.			k. Trastorno Mental por Enfermedad o Accidente.							
l. Enfermedades neurodegenerativas de cualquier tipo.													
3. ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES													
a. Gastritis crónica.			b. Úlcera gástrica.			c. Úlcera duodenal.			d. Hígado graso.				
e. Pólipos en colon.			f. Prolapso del Recto.			g. Esofagitis.			h. Cirrosis.				
i. Hepatitis crónica.			j. Pancreatitis.			k. Colon irritable.			l. Hemorroides.				
m. Hernia hiatal.			n. Cálculos en vesícula.										
o. Reflujo gastroesofágico.													
4. ENFERMEDADES ENDOCRINAS													
a. Diabetes.			b. Hipotiroidismo.			c. Hiperuricemia.			d. Hipertiroidismo.				
e. Colesterol elevado.			f. Hiperprolactinemia.			g. Obesidad.			h. Bocio.				
i. Triglicéridos elevados.			j. Adenoma de hipófisis.			k. Hiperkortisonismo (Cushing).							
l. Enfermedades Inmune Reumatológicas (Gota).													
5. ENFERMEDADES DE VÍAS RESPIRATORIAS													
a. Bronquitis crónica.			b. Asma.			c. Hiperreactividad bronquial.			d. Sinusitis crónica.				
e. Tabique nasal desviado.			f. Tuberculosis.			g. Hipertrofia de cornetes.			h. Tos crónica.				
i. Fibrosis pulmonar.			j. Pólipo nasal.										
k. Rinitis alérgica (Secreción nasal, estornudos).													
6. ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO													
a. Infección urinaria recurrente.			b. Cistitis crónica.			c. Enfermedad renal crónica.			d. Diálisis.				
e. Enfermedad Renal Aguda.			f. Varicocele.			g. Pielonefritis crónica.			h. Prostatitis crónica.				
i. Riñones poliquísticos.			j. Incontinencia urinaria.										
k. Hiperplasia (Enfermedad / aumento) de la próstata.													
7. ENFERMEDADES DE LOS HUESOS Y ARTICULACIONES													
a. Artrosis de cadera.			b. Artrosis de rodilla.			c. Artrosis de hombro.			d. Artritis reumatoidea.				
e. Fibromialgia.			f. Distrofia muscular.			g. Deformaciones.			h. Amputaciones.				
i. Patologías (lesiones) de Meniscos.			j. Fiebre reumática.										
k. Patología (lesiones) ligamentarias.													
8. ENFERMEDADES AUTOINMUNES O DEL TEJIDO CONECTIVO													
a. Lupus.													
b. Esclerosis múltiple.													
c. Espondilitis Anquilosante.													
d. Síndrome de Crohn.													
9. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS													
a. Anemia por deficiencia de hierro.			b. Hemofilia.			c. Anemia por deficiencia de VIT B12.			d. Linfomas.				
e. Síndrome mielodisplásico.			f. Trastorno de Hemoglobina.			g. Síndrome Mieloproliferativo.			h. Leucemias.				
i. Desorden de coagulación.													
10. ENFERMEDADES DE LA VISTA													
a. Pterigión (Carnosidad).			b. Estrabismo.			c. Enfermedad de la Retina.			d. Cataratas.				
e. Glaucoma.													
11. ENFERMEDADES DEL OÍDO													
a. Otitis crónica.													
b. Laberintitis.													
c. Hipoacusia.													
d. Sordera.													

TODA RESPUESTA AFIRMATIVA DEBE DETALLARSE EN EL RECUADRO FINAL	TITULAR		CÓNYUGE / CONVIVIENTE		HIJO 1		HIJO 2		HIJO 3		HIJO 4	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
12.ENFERMEDADES DE LA COLUMNA VERTEBRAL												
a. Cervicalgia (dolor en región del cuello). b.Dorsalgia (Dolor en la espalda / dorsal). d.Lumbago (dolor en región de la cintura). d.Discopatía. e. Hernia del núcleo pulposo (HNP).												
13.ENFERMEDADES DE LA PIEL												
a.Acné. b.Melasma. c. Psoriasis. d.Alopecia. e. Lupus. f. Esclerodermia. g.Dermatitis atópica. h.Vitiligo. i. Dermatitis Seborreica.												
14.ENFERMEDADES INFECCIOSAS												
a. Hepatitis B. b.Hepatitis C. c. Brucelosis/fiebre malta. d.Dengue. e. Malaria. f. Fiebre Amarilla. g.Enfermedad de Transmisión sexual. h. Infección VIH/SIDA (si no lo desea no responda).												
15.ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS												
a.Mioma Uterino. b.Ovario poliquístico c. Cervicitis crónica. d.Endometriosis. e. Propalzo de Útero. f. Prolapso de vejiga.												
16.ENFERMEDADES DE LAS MAMAS												
a. Quistes de mama. b.Fibroadenoma de mama. c. Otras enfermedades de las mamas.												
17.CIRUGÍAS												
a. Colon. b.Estómago. c. Próstata. d.Hernia epigástrica. e. Hernia umbilical. f. Hernia inguinal. g.Hernias discales: cervical, dorsal o lumbar. h. Vesícula. i. PCRE (Pancreato Colangiografía Retrógrada Endoscópica).												
18.TRANSPLANTE DE CUALQUIER ÓRGANO												
19.SE ENCUENTRA EN PERÍODO DE GESTACIÓN												
En caso la respuesta sea afirmativa, indicar meses de gestación:												
20.HÁBITOS												
a. Tomar licor.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	a) Nunca	b) 1 vez a la semana	c) 1 vez cada 15 días	d) 1 vez al mes	e) De 2 a 3 veces por semana	f) Todos los días						
Indicar la opción elegida												
b. Fuma.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los últimos 30 días, cuántos días fumó cigarrillos?	a) Ninguna	b) 1 a 2 días	c) 3 a 5 días	d) 6 a 9 días	e) De 10 a 19 días	f) De 20 días a más						
Indicar la opción elegida												
c. Hace deporte.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Cuántos días de la semana practica algún deporte?	a) No practico	b) 2 veces a la semana	c) 4 veces a la semana	d) 5 veces a la semana	e) 6 veces a la semana	f) Todos los días						
Indicar la opción elegida												
21.MENCIONE OTRAS DOLENCIAS O ENFERMERDADES NO CONSIGNADAS EN LA LISTA												

4/5

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES AFIRMATIVA, SÍRVASE PROPORCIONAR INFORMACIÓN DETALLADA

Número de la pregunta respondida afirmativamente	Nombre completo de la persona tratada (Titular, cónyuge / conviviente, hijo 1, hijo 2, etc)	Diagnóstico de la enfermedad o dolencia (use la letra indicada en el cuestionario)	Fecha de la última atención y lugar (clínica, consultorio o institución)	Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual

Con la finalidad de dar continuidad a la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 29561 y su Reglamento D.S. N° 008-2012-SA, o normas que las sustituyan, modifiquen o amplíen sus alcances, 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. De estarlo o haberlo estado, deberá indicar el nombre de ésta y la fecha de cese de su último vínculo laboral. La continuidad de cobertura de preexistencias opera con la sola presentación de la declaración jurada.

Por el presente documento, el Titular autoriza a LA POSITIVA EPS para que pueda solicitar la información necesaria a su anterior EPS, respecto a las condiciones, limitaciones y exclusiones de la cobertura del plan de salud que tenía contratado, así como el reporte de las prestaciones de salud recibidas por el Titular y sus derechohabientes durante su vigencia. Con la autorización brindada, LA POSITVA EPS solicitará a la anterior EPS, para que en un plazo no mayor a 90 días calendarios, ésta última le brinde la información señalada. Asimismo, las clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y médicos tratantes, facilitarán el acceso a los documentos médicos relacionados.

SÍ | NO

¿TIENES O HAS TENIDO ALGÚN OTRO SEGURO O PLAN DE SALUD?

COMPañIA DE SEGUROS | PLAN DE SALUD - EPS | PEAS

SI TU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, COMPLETAR

INDIQUE EL NOMBRE DE LA COMPañIA DE SEGUROS O EPS

INDIQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO

DESDE / / HASTA / /

INDIQUE EL PERIODO DE VIGENCIA

FECHA DE CESE DE TU ÚLTIMO VÍNCULO LABORAL

FECHA DE INICIO DE TU VÍNCULO LABORAL ACTUAL

5. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas; y que cualquier omisión o falsedad donde medie dolo o culpa inexcusable conllevará a la nulidad del contrato de seguro o certificado de seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 8° de La Ley del Contrato de Seguro, quedando La Positiva Vida liberada de cualquier responsabilidad. Declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales y Resumen Informativo de la póliza, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que las mismas se encuentran a mi disposición en la página web: www.lapositiva.com.pe

Autorizo expresamente a La Positiva Vida, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por la póliza requerida, a

acceder a mi historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Asimismo, por el presente documento, declaro conocer y manifiesto mi consentimiento para que se remita alternativamente por los medios electrónicos que correspondan, toda comunicación o documentación relativa a mis afiliaciones a la EPS y/o pólizas de seguro, así como sus endosos y/o renovaciones, pudiendo incluso haber sido contratadas con anterioridad o en el futuro; incluyendo adicionalmente, comprobantes de pago electrónicos y las comunicaciones de cobranza que correspondan.

De producirse algún cambio en los medios electrónicos indicados, me comprometo a actualizarlos a fin de que se efectúen las comunicaciones respectivas.

6. POLÍTICA DE PRIVACIDAD

En atención a la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales -, su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, y conforme a lo establecido en las condiciones generales de la póliza, el Solicitante queda informado que los datos que ha proporcionado serán tratados por la Aseguradora, cuyo domicilio se encuentra indicado en la presente Solicitud, para la preparación, celebración y, de corresponder, la ejecución de la relación contractual que pueda surgir entre las partes.

El Solicitante otorga su consentimiento libre, previo, expreso, informado e inequívoco para tratar sus datos personales con fines comerciales y/o publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que considere de interés y/o incluso a transferirlos a las empresas que conforman parte del mismo grupo con los mismos fines.

Los datos proporcionados serán transferidos a nivel nacional e internacional siendo almacenados en el banco de datos denominado Clientes con código de inscripción

RNPDP-PJPN° 4267 de titularidad de la Aseguradora y serán incorporados, con las mismas finalidades al banco de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico (La Positiva Seguros y Reaseguros S.A.A. y La Positiva S.A. Entidad Prestadora de Salud) al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual. La Aseguradora conservará su información por un término de hasta de 10 años, a partir de la fecha de recaudación del dato personal del Titular del Dato.

Marcar con una "x": Autorizo No autorizo

Le informamos que Usted está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, cancelación y/o oposición frente al tratamiento de sus Datos Personales, a través de lo indicado en www.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

NOTA:

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

_____ de _____ de 202 _____

Firma del Solicitante



COLEGIO DE INGENIEROS DEL PERÚ

CONSEJO DEPARTAMENTAL DE LIMA



DECLARACION JURADA PARA LA AFILIACION AL PROGRAMA DE SALUD DEL INGENIERO DE LIMA "SALUDING"

En la ciudad de, en fecha

Yo, Ing. CIP, con DNI N°..... y

REG. CIP N°....., y con domicilio situado en

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE,

me comprometo a realizar el pago del Seguro EPS POSTESTATIVO con el respaldo de la aseguradora "La Positiva EPS" con un mes de anticipación, hasta el día 25 de cada mes.

En caso de no cumplimiento, soy consciente de las restricciones* que se aplicarían por el no pago oportuno del Seguro EPS POSTESTATIVO "La Positiva EPS"

Y para que así conste y surta los efectos oportunos firmo la presente declaración en [Lugar], a día [Fecha]

FIRMA

Ing. CIP.....

DNI/CE N°

REG. CIP N°.....

*Restricciones:

- El no cumplimiento de pago en fecha veinticinco (25) de cada mes, conlleva a la exclusión del Seguro EPS "La Positiva" partir del día uno (1) del mes inmediato siguiente.
• No se contemplará atención médica ni cobertura de continuidad en los periodos de no pago o retraso.

Calle Barcelona N° 290, San Isidro, Lima - Perú
What's App: 923 784 311
saluding@ciplima.org.pe
www.intranet.ciplima.org.pe

