

CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD PREPAGADO PROGRAMA ONCOLÓGICO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Con la recepción de la presente solicitud no se obtiene la afiliación a **ONCOSALUD S.A.C. (IAFAS)**. Ésta comienza a regir a partir del primer día del mes siguiente de haber realizado el pago correspondiente a su programa oncológico, de acuerdo a las especificaciones detalladas en el **CONTRATO**.

OPERACIÓN A REALIZAR	PROGRAMA ONCOLÓGICO
<input type="checkbox"/> Afiliación <input type="checkbox"/> Migración	<input type="checkbox"/> Oncoflex <input type="checkbox"/> Oncoclásico Pro <input type="checkbox"/> Oncoplus

DATOS DE LOS AFILIADOS AL PROGRAMA											
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	¿Fumador? Marcar Sí o No		Parentesco	Seguro de Salud vigente	Indique cuál (*)	Aporte mensual S/ (**)
A1						Sí	No				
A2						Sí	No				
A3						Sí	No				
A4						Sí	No				
A5						Sí	No				

Declaro que a ninguna persona que inscribo se le ha detectado y/o está en tratamiento por la enfermedad de cáncer. Asimismo, declaro conocer que cualquier omisión, simulación o falsedad anula la inscripción en el programa y toda obligación de Oncosalud S.A.C que devenga del presente contrato. Declaro también, conocer las condiciones del programa, que figuran en el contrato. Todos los campos son obligatorios de llenado. (*) Indique cuál: SIS(01), ESSALUD(02), FFAA Y PNP(03), EPS(04), AUTOSEGUROS(05), PREPAGAS(06), SPS(07) Y OTROS(08). (**) Incluye I.G.V

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

La información contenida en este documento tiene el carácter y compromiso de declaración jurada y determina que el **CONTRATANTE**, 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 propuestas en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** como afiliados. Asimismo autoriza a Oncosalud S.A.C 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.

Marcar con X según corresponda: Si alguna de las respuestas es positiva, ampliar la información solicitada

Preguntas	Persona(s) propuesta(s) para la afiliación									
	A1		A2		A3		A4		A5	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. ¿Tiene o ha tenido cáncer o alguna enfermedad oncológica?										
2. ¿Alguna vez se ha realizado o tiene pendiente la realización o los resultados de biopsia o de anatomía patológica de alguna endoscopia, colonoscopia, mamografía o ecografía de mamas o alguna cirugía?										
3. ¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por algún tipo de melanoma, carcinoma, sarcomas o enfermedades a la sangre o los ganglios como por ejemplo: leucemia, linfomas, enfermedad de hodgkin, policitemia vera u otros clasificados como síndromes mielodisplásicos?										
4. ¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por: cirrosis, hepatitis crónica, hepatitis C, hemocromatosis, insuficiencia hepática, esófago barret, pólipos de colon-recto, papiloma virus, enfermedades de la próstata, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o es cero positivo al virus de inmunodeficiencia humana (VIH)?										
5. ¿Tiene alguna condición de salud que aún no tiene diagnóstico definitivo?										

Si respondió afirmativamente alguna pregunta, por favor complete el detalle requerido en el siguiente cuadro:

Nombres y Apellidos de la(s) persona(s) propuesta(s) para la afiliación	N° de pregunta contestada afirmativamente	Diagnóstico o dolencia	Fecha de diagnóstico	Cirugía o procedimiento realizado	Clínica / Hospital

CARGO MENSUAL

Sírvase a cargar el importe de la afiliación del programa oncológico de la(s) persona(s) ya mencionada(s). El atraso en el pago de cualquiera de estas cuotas generará la cancelación de la afiliación, de acuerdo a los terminos señalados en el contrato. Además, autorizo la renovación anual automática al programa oncológico, hasta que comunique por escrito la anulación del mismo con 30 días de anticipación.

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre completo del contratante:

DNI:

N° de cuenta de ahorros:

Dirección:

Avenida Calle Jirón Pasaje Prolongación Otro:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono fijo:

Celular:

Correo electrónico:

hotmail.com gmail.com yahoo.com yahoo.es

Código agencia:

Nombre del colaborador:

Agencia:

TÉRMINOS IMPORTANTES

- Con la firma de la presente **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** no se obtiene la afiliación al programa. Esta comienza a regir a partir del día primero del mes siguiente, en que se efectúe el cargo en la cuenta de ahorros declarada en la presente **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**.
- En el caso que la cuenta de ahorros esté anulada o imposibilitada de aceptar cargos, la afiliación no procederá.
- La vigencia de la afiliación es anual, renovable automáticamente por períodos iguales, salvo que el afiliado manifieste por escrito su interés de ponerle término con 30 días de anticipación.
- En caso Oncosalud valide que el afiliado ya cuenta un programa activo y hubiese realizado un cargo este será devuelto a la cuenta de ahorros quedando sin efecto la presente **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**.
- De acuerdo a la autorización del contratante titular, las cuotas del programa elegido se cargarán mensualmente en la cuenta de ahorros designada en la fecha de cargo más próxima a la afiliación, según las fechas predeterminadas. Si no se pudiera debitar las cuotas del programa, el contrato quedará extinguido una vez transcurridos noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo de pago.
- Con la suscripción de la presente **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** al programa oncológico seleccionado, el **CONTRATANTE** reconoce haber tomado conocimiento del contenido total del "Condicionado General y Particular" que comprende el detalle de las prestaciones, condiciones y exclusiones para la prestación oncológica seleccionada y declara haberlo recibido, constituyendo la firma de la presente solicitud la constancia de recepción del referido condicionado. Asimismo, podrá descargar el condicionado en la página web www.oncosalud.pe.

LEY 29733 LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SU REGLAMENTO

El **CONTRATANTE** declara estar debidamente informado sobre el uso y tratamiento de datos personales y huella digital proporcionada a la **IAFAS**, los cuales son estrictamente necesarios para la gestión del programa oncológico adquirido. El **CONTRATANTE** declara estar de acuerdo con que la **IAFAS** incorpore y almacene sus datos personales en el banco de datos denominado "Banco de Datos de Clientes" de titularidad de la **IAFAS**. El **CONTRATANTE** declara contar con la autorización de la(s) persona(s) consignada(s) como **AFILIADO(S)** para el tratamiento de los datos personales incluidos en el mismo, así como aquella contemplada en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**. La **IAFAS** declara que los servicios vinculados al manejo de su infraestructura virtual o eventualmente podrán ser tercerizados, por lo que informa al **CONTRATANTE** y/o **AFILIADO** que las empresas contratistas utilizarán servidores, propios o de terceros, ubicados en países que garantizan un nivel adecuado de protección, conforme a la Ley N° 29733 y su reglamento, así como en observancia del acuerdo EU-US Privacy Shield-Information disponible en www.privacyshield.gov.

En tal sentido, el **CONTRATANTE** ha sido informado y autoriza a la **IAFAS** a tratar sus datos personales y de las personas propuestas para:

- Evaluar el estado de su afiliación en base a la información proporcionada.
- Aprobar la cobertura del programa ante la activación como paciente oncológico.
- Gestionar el cobro de los aportes, deudas, moras e intereses.
- Usar su huella digital para efectos de la gestión administrativa, comercial y acreditación del **AFILIADO** para la prestación médica.
- Conservar dichos datos por un período de diez (10) años, contados a partir de la fecha de término de la relación comercial; salvo que por mandato legal se establezca un plazo distinto, en cuyo caso se aplicará este último.
- Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales, relacionados a su afiliación.
- Tratar de forma directa, encargar y/o transferir los datos a sus empresas vinculadas, plataformas que prestan el servicio de almacenamiento en la nube y empresas terceras que tengan un vínculo directo con la finalidad de la recopilación de los datos personales, quienes guardarán estricta confidencialidad de la información remitida.

Asimismo, el **CONTRATANTE** **AUTORIZA** o **NO AUTORIZA** a la **IAFAS**:

- Ofrecer otros programas de la **IAFAS** mediante sus diversos canales.
- Enviar ofertas, publicidad e información en general de productos y/o servicios, de las empresas vinculadas a la **IAFAS** listadas en la página web www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales.
- Tratar de forma directa, encargar y/o transferir los datos a sus empresas vinculadas y socios comerciales, los cuales se encuentran listadas en la página web www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales para remitir información sobre los distintos productos y/o servicios que estos ofrecen.
- Conservar dichos datos por un período de diez (10) años, contados a partir de la fecha de término de la relación comercial; salvo que por mandato legal se establezca un plazo distinto, en cuyo caso aplicará este último.
- Autorizar a la **IAFAS** que toda información posterior a la aceptación de mi afiliación me pueda ser enviada de forma virtual, por correo electrónico, mensajería de texto, facebook, twitter, instagram, robots, chatbot de whatsapp y/o cualquier otro medio electrónico de comunicación o red social que la **IAFAS** ponga en operación luego de la firma del presente **CONTRATO**.

La no autorización del tratamiento de datos en los términos detallados en el párrafo precedente no condiciona la contratación del programa oncológico. Además, le comunicamos que puede ejercer sus derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición), enviando una solicitud escrita a nuestras oficinas ubicadas en la Av. Guardia Civil N° 571 - San Borja, o a través de la dirección electrónica derechosarco@auna.pe. En caso requiera mayor información, puede ingresar a nuestra página web www.oncosalud.pe/solicitudes-arco.

Autorizo a la **IAFAS** a que toda documentación asociada a la renovación de mi(s) programa(s) o al cobro de los mismos sea enviada de forma virtual al correo electrónico declarado en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**:

Sí **No**

Mediante la firma del presente documento, el **CONTRATANTE** manifiesta conocer y aceptar toda la información proporcionada y declarada en el mismo.

Fecha de solicitud

Firma del contratante