La Positiva Vida

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL – PRIMA MENSUAL

SE DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS CON LETRA LEGIBLE:

1. DATOS DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE / ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA DE NACIMIENTO (/ /)

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

DIRECCIÓN | DISTRITO

PROVINCIA/DEPARTAMENTO | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONOS

INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG. | INDIQUE SU TALLA EN CM. | INDIQUE SU PRESIÓN ARTERIAL

2. DATOS DEL BENEFICIARIO

CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO DE AREQUIPA SA | 20100209641

NOMBRES Y APELLIDOS | RUC

CALLE LA MERCED NO. 106 - AREQUIPA – AREQUIPA – AREQUIPA | (54)289-394

DIRECCIÓN | TELÉFONOS

BENEFICIARIOS ADICIONALES (EN CASO CORRESPONDA)

Nombres y Apellidos	Tipo N° Documento	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Sexo	Teléfono	Parentesco	% Asignado
				F M			
				F M			
				F M			

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PRÉSTAMO

PRODUCTO	MONEDA	PLAZO	MONTO DEL PRÉSTAMO

Tipo de crédito:

Individual - Asegurado

4. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL ASEGURADO

	TITULAR SI	TITULAR NO
1.¿Ha padecido o padece alguna enfermedad que le haya exigido tratamiento y/o exámenes médicos y/o internamientos?		
2.¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardíaca o hipertensión arterial?		
3.¿Padece o ha padecido de diabetes mellitus (azúcar alta en la sangre)?		
4.¿Tiene alguna malformación física o congénita que le impida o dificulte desarrollarse con normalidad?		
5. ¿Le han detectado algún tumor o se sometió a alguna prueba para descartar Cáncer?		
6. ¿Ha aumentado o disminuido, a partir de 7 kilos, de peso en los últimos 2 años?		
7. ¿Se encuentra usted, actualmente con algún síntoma de enfermedad o en tratamiento?		
8. ¿Toma usted, en la actualidad, algún medicamento?		
9. ¿Participa usted en carreras automovilísticas, de motocicleta o practica algún deporte o hobby que ponga en riesgo su integridad física y/o requiera de implementos de protección para su ejercicio? (por ejemplo, parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, escalada en paredes verticales montañosas o artificiales, práctica de "surf" y "puenting", etc).		
10.¿Viaja Ud. en helicóptero, aviones militares, de instrucción, aviones o avionetas particulares no comerciales ?		

Cod. 103909 - V. 06/2019

Código SBS VI2077400144 Póliza adecuada a la Ley N.° 29946 y sus normas reglamentarias

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros
Av. Javier Prado Este y Fco. Masías N° 370, San Isidro, Lima - Perú RUC: 20454073143 Telf: (511) 211-0211 **www.lapositiva.com.pe**

AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN EL SIGUIENTE RECUADRO (excepto la pregunta N°1 donde deberá ampliarse la respuesta negativa).

RESPUESTA N°	DETALLE AMPLIATORIO

5. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE / ASEGURADO

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración es verdadera y exacta; y que cualquier omisión o falsedad anula el contrato 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 todas las Condiciones Generales 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 parar 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.

La Aseguradora informará al Contratante a los 15 días de presentada la solicitud si ésta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo.

_____/_____/_____
Fecha de Declaración

_____
Firma del Solicitante / Contratante / Asegurado