

SOLICITUD DE SEGURO ASISTENCIA MÉDICA

La presente solicitud forma parte del contrato de seguro. Las respuestas consignadas en la presente solicitud constituyen la base técnica para la aceptación o no del seguro solicitado; motivo por el cual, las respuestas a esta solicitud deben ser realizadas con la mayor claridad y precisión, sin borrones ni enmendaduras, con un tipo de letra legible y en tinta. **FAVOR COMPLETAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA EN ESTE FORMULARIO SI DESEA SOLICITAR ESTE SEGURO CON LETRA MAYÚSCULA Y LEGIBLE.**

1. INDICAR EL PLAN SOLICITADO

MEDISALUD GLOBAL <input type="checkbox"/>	MEDISALUD PREMIUM <input type="checkbox"/>	MEDISALUD PLUS <input type="checkbox"/>	MEDISALUD <input type="checkbox"/>	KYODAI SALUD <input type="checkbox"/>
MEDISALUD SENIOR <input type="checkbox"/>	MEDISALUD HOSPITALARIO <input type="checkbox"/>	OTRO (ESPECIFICAR) <input type="checkbox"/>		

2. MOTIVO DE SOLICITUD

PÓLIZA NUEVA MIGRACIÓN DE PRODUCTO INCLUSIÓN

N° DE PÓLIZA (PARA MIGRACIÓN O INCLUSIÓN)

3. CANAL DE VENTA

CORREDORES PLATAFORMA FFVV

NOMBRE DE ASESOR: _____ CÓDIGO ASESOR: _____

4. DATOS DEL CONTRATANTE (RESPONSABLE DEL PAGO DE PRIMAS)

RAZÓN SOCIAL / NOMBRES Y APELLIDOS _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

DNI | CE | PAS | RUC | _____ | M | F | _____ | S | C | V | D | CONVIENTE
TIPO DE DOCUMENTO N° SEXO NACIONALIDAD ESTADO CIVIL

DIRECCIÓN _____ DISTRITO _____

PROVINCIA / DEPARTAMENTO _____ TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ PARENTESCO _____

5. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

EDAD (años) ESTATURA (cm) PESO (kg) 1/7

Si el asegurado titular y contratante es la misma persona, no es necesario llenar los demás datos relacionados del titular.

RAZÓN SOCIAL / NOMBRES Y APELLIDOS _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

DNI | CE | PAS | RUC | _____ | M | F | _____ | S | C | V | D | CONVIENTE
TIPO DE DOCUMENTO N° SEXO NACIONALIDAD ESTADO CIVIL

DIRECCIÓN _____ DISTRITO _____

PROVINCIA / DEPARTAMENTO _____ TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ PARENTESCO _____

6. ASEGURADOS ADICIONALES (grupo familiar del asegurado titular)

TIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO - N° DOCUMENTO	NACIONALIDAD	FECHA NACIMIENTO	SEXO	PARENTESCO	PESO	ESTATURA
AD1					M F			
TELÉFONO: _____		EMAIL: _____		(obligatorio para la Evaluación y Pruebas de Pre-Asegurabilidad)				
AD2					M F			
TELÉFONO: _____		EMAIL: _____		(obligatorio para la Evaluación y Pruebas de Pre-Asegurabilidad)				
AD3					M F			
TELÉFONO: _____		EMAIL: _____		(obligatorio para la Evaluación y Pruebas de Pre-Asegurabilidad)				
AD4					M F			
TELÉFONO: _____		EMAIL: _____		(obligatorio para la Evaluación y Pruebas de Pre-Asegurabilidad)				

Los Asegurados Adicionales podrán ser el (la) cónyuge o concubino(a), hijos y padres del Asegurado Titular.

CONTINUIDAD DE PREEXISTENCIAS

¿Tienes o has tenido algún otro seguro o plan de salud? SI NO

Si tu respuesta es afirmativa, completar:

Compañía de seguros Plan de salud - EPS Otro (especificar)

Indique el nombre de su compañía de seguros o EPS: _____

Indique el nombre del producto: _____

Indique el periodo de vigencia: desde: ____ / ____ / ____ hasta: ____ / ____ / ____

Para el otorgamiento de la continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes y exonerarte de los periodos de carencia y espera, debes adjuntar los siguientes documentos:

- Copia de Póliza y/o Plan anterior donde se indiquen a todas las personas aseguradas.
- Constancia de Póliza y/o plan anterior (incluir fecha de inicio y de fin de vigencia).
- Reporte de siniestros de todos los miembros asegurados en la Póliza y/o plan anterior.

Asimismo, para gozar de la continuidad de cobertura de preexistencias, debes haber solicitado el seguro considerando el siguiente plazo:

- Hasta 120 días posteriores de haber terminado el contrato de tu seguro de salud anterior.
- Hasta 60 días posteriores de haber terminado la cobertura de tu EPS anterior, según art. 117 de la Ley de Contrato de Seguro.

EVALUACIÓN Y PRUEBAS DE PRE- ASEGURABILIDAD

Evaluación médica, exámenes de laboratorio y otras pruebas requeridas para la aceptación del seguro. El costo de los exámenes es asumido por La Positiva.

Aplica para personas mayores de 50 años, completar el siguiente registro escogiendo sólo una modalidad de evaluación:

Evaluación Presencial (Lima, Arequipa, Piura y otras ciudades) <input type="checkbox"/>	Indicar fecha disponible para la cita :Día_____hora_____ Se deberá considerar la programación de cita con 48 horas posteriores al ingreso del trámite a la Compañía. Confirmación de la cita la coordina directamente El Asegurado con el proveedor. Agendamiento de la cita se confirma en trámite generado.
Telesuscripción (1) (Lima y otras ciudades, salvo Arequipa y Piura) <input type="checkbox"/>	Indicar fecha disponible para la cita :Día_____hora_____ Horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 2:00 pm. La Compañía confirmará la cita. Se deberá considerar la programación de cita con 48 horas posteriores al ingreso del trámite a la Compañía.
Evaluación Telefónica (Lima y otras ciudades, salvo Arequipa y Piura) <input type="checkbox"/>	Indicar fecha disponible para la cita :Día_____hora_____ Teléfono contacto Titular : _____ Teléfono de Familiar a cargo: _____ Teléfono contacto Asesor /Corredor : _____

(1) Consideraciones:

La Telesuscripción se complementa con exámenes de laboratorio: Hombres y mujeres: hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen de orina, colesterol, triglicéridos, PSA (hombres), Mamografía y Papanicolau(mujeres). Exámenes de laboratorio se realizan a domicilio sólo en Lima, en Provincias se realizan en red de centros afiliados. Otras ciudades alejadas de Lima y Provincia a través de reembolso. Mamografía y Papanicolau se realizan de forma presencial.

(1) Condiciones que debe tener en cuenta el usuario para acceder a la Telesuscripción:

- Tener buena conexión a internet.
- Tener computadora, laptop o celular que le permita el uso de cámara y video.
- Manejar adecuadamente la tecnología.
- En caso de adultos mayores, estar acompañado de un familiar que pueda ayudarlo en el proceso de activación de cuenta y durante la videollamada.

7. DECLARACIÓN DE SALUD

Usted o sus asegurados adicionales por asegurar han padecido o padecen o han recibido tratamiento o medicación de algunas de las siguientes enfermedades o dolencias o afección de órganos descritas a continuación:

2/7

Por favor indique la letra que corresponde a las siguientes preguntas para el Titular y cada uno de sus asegurados adicionales, tener en cuenta que deben ir en el mismo orden en el que se registraron en la solicitud.

Tipo de respuesta debe detallarse en el recuadro final	Titular		AD1		AD2		AD3		AD4	
	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 de piernas										
g. Malformaciones del corazón										
h. Trombosis										
i. Enfermedad de las válvulas cardíacas										
j. Angioplastia / By pass Aortocoronario										
k. Otras dolencias cardiovasculares										
2. Enfermedades del sistema neurológico										
a. Hemorragia o infarto cerebral.										
b. Migraña										
c. Secuela de polio										
d. Vértigo										
e. Epilepsia										
f. Parálisis										
h. Parkinson										
i. Trastorno Mental por enfermedad o accidente										
j. Enfermedades neurodegenerativas de cualquier tipo										
k. Malformaciones Arterio Venosas										
3. Enfermedades gastrointestinales										
a. Gastritis crónica										
b. Úlcera gástrica										
i. Hepatitis crónica										
j. Pancreatitis										
c. Úlcera duodenal										
d. Hígado graso										
e. Pólipos de colon										
f. Prolapso del recto										
g. Esofagitis										
h. Cirrosis										
k. Colon irritable										
l. Hemorroides										
m. Hernia de hiato (hiatal)										
n. Cálculos en vesícula										
o. Reflujo gastroesofágico										
p. Divertículos										

4. Enfermedades endocrinas		SI	NO								
a. Diabetes	g. Obesidad										
b. Hipotiroidismo	h. Bocio										
c. Hiperuricemia	i. Triglicérido elevado										
d. Hipertiroidismo	j. Adenoma de hipófisis										
e. Colesterol elevado	k. Hiper cortisolismo (cushing)										
i. Triglicérido elevado	l. Enfermedades inmune										
f. Hiperprolactinemia	Reumatólogicas (gota)										

5. Enfermedades de vías respiratorias		SI	NO								
a. Bronquitis crónica	g. Hipertrofia de cornetes										
b. Asma	h. Fibrosis pulmonar										
c. Sinusitis crónica	i. Pólipo nasal										
d. Tabique nasal desviado	j. Apnea del sueño										
e. Tuberculosis	k. Rinitis alérgica (secreción nasal, estornudos)										
f. Tos crónica	l. Hiperactividad bronqueal										

Tipo de respuesta debe detallarse en el recuadro final	Titular	AD1	AD2	AD3	AD4
--	---------	-----	-----	-----	-----

6. Enfermedades del aparato urinario genital		SI	NO								
a. Infección urinaria recurrente	f. Riñones poliquísticos										
b. Cistitis crónica	g. Incontinencia urinaria										
c. Enfermedad renal aguda	h. Hiperplasia de la próstata										
d. Prostatitis crónica	i. Varicocele										
e. Pielonefritis crónica											

7. Enfermedades de los huesos y articulaciones		SI	NO								
a. Artrosis de cadera	i. Patologías (lesiones) de meniscos										
b. Artrosis de rodilla	j. Fiebre reumática										
c. Artrosis de hombro	k. Patologías (lesiones) ligamentarias										
d. Artritis reumatoidea	l. Patologías (lesiones) de tendones										
e. Fibromialgia	m. Otras dolencias de los huesos, articulaciones y músculos										
f. Distrofia muscular											
g. Deformaciones											
h. Amputaciones											

8. Enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo		SI	NO								
a. Lupus	c. Espondilitis anquilosante										
b. Esclerosis múltiple	d. Síndrome de Crohn										

9. Enfermedades hematológicas		SI	NO								
a. Anemia por deficiencia de hierro por enfermedad crónica	e. Síndrome Mielodisplásico										
b. Hemofilia	f. Síndrome mieloproliferativo										
c. Anemia por deficiencia de VIT B12 por enfermedad crónica	g. Desorden de coagulación										
d. Linfomas	h. Leucemias										

10. Enfermedades de la vista		SI	NO								
a. Pterigión (carnosidad)	e. Glaucoma										
b. Estrabismo	f. Uveítis										
c. Enfermedad de la retina	g. Trastornos de la visión u otras enfermedades de los ojos										
d. Cataratas											

11. Enfermedades del oído	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Otitis crónica.										
c. Hipoacusia										
b. Laberintitis										
d. Sordera										
12. Enfermedades de la columna vertebral	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Cervicalgia (dolor en región del cuello)										
c. Lumbago (dolor en región de la cintura)										
b. Dorsalgia (dolor en región de espalda dorsal)										
d. Discopatía										
e. Hernia del núcleo pulposo (HNP)										
13. Enfermedades de la piel	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Acné										
f. Dermatitis Atópica										
b. Melasma										
g. Vitíligo										
c. Psoriasis										
h. Dermatitis Seborreica										
d. Alopecia										
i. Otras enfermedades de la piel										
e. Esclerodermia										
14. Enfermedades infecciosas	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Hepatitis B										
e. Malaria										
b. Hepatitis C										
f. Enfermedad de Transmisión sexual										
c. Brucelosis / Fiebre Malta										
g. VIH/SIDA										
d. Dengue										
Tipo de respuesta debe detallarse en el recuadro final	Titular	AD1	AD2	AD3	AD4					
15. Enfermedades ginecológicas	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Mioma uterino										
f. Prolapso de vejiga										
b. Ovario poliquístico										
g. Abortos a repetición										
c. Cervicitis crónica										
h. Enfermedad inflamatoria pélvica										
d. Endometriosis										
i. Amenorrea										
e. Prolapso de útero										
16. Enfermedades de las mamas	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Quistes de mamas										
c. Otras enfermedades de las mamas										
b. Fibroadenoma de mama										
17. Cirugías	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Colon cervical, dorsal o lumbar										
b. Estómago										
h. Cirugías oncológicas										
c. Mamas										
i. Otras cirugías realizadas										
d. Hernia umbilical										
j. PCRE (Pancreatocolangiografía Retrógrada Endoscópica)										
e. Hernia epigástrica										
f. Hernia inguinal										
g. Hernia discales:										
k. Vesícula										
18. Trasplante de cualquier órgano	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
19. Se encuentra en período de gestación	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hubo tratamiento de fertilidad_____ Tiempo de gestación_____										
20. ¿Tumor benigno o maligno en cualquier órgano o tejido del cuerpo, enfermedad oncológica o cáncer?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
21. Procedimientos, cirugías estéticas y/o reconstructivas: presencia de prótesis o implante de cualquier tipo.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

22. Enfermedades Psiquiátricas o trastornos psicológicos: Demencia, Psicosis, Depresión y/o Ansiedad, Esquizofrenia, Déficit de atención, trastornos del desarrollo, Retraso mental, Trastornos de la alimentación u otras enfermedades relacionadas.	SI	NO								
23. ¿Consumo o ha consumido drogas, estupefacientes o hipnóticos o es o ha sido farmacodependiente?	SI	NO								
24. ¿Ha recibido transfusión sanguínea? Precisar motivo _____	SI	NO								
25. Enfermedad o defecto congénito, conocido o adquirido al nacer. _____	SI	NO								
26. ¿Existen en la familia de alguno de los solicitantes, alguna persona (hasta 2da. generación) que haya padecido alguna enfermedad cardiovascular, cerebral, derrame o infarto, enfermedad renal, diabetes, tumor maligno, enfermedad psiquiátrica, Parkinson, esclerosis, Lupus, Alzheimer, cualquier enfermedad de carácter hereditaria no mencionada? Especifique diagnóstico y parentesco. _____	SI	NO								
27. Ha recibido tratamiento médico o ha estado hospitalizado debido a alguna enfermedad o accidente, le han recomendado realizarse alguna prueba de laboratorio y/o imágenes:	SI	NO								
28. Hábitos	SI	NO								
a. Tomar licor										
b. Fuma										
c. Hace deporte										
a. Tomar licor: frecuencia por semana										
b. Fuma: Precisar cantidad de cigarros diarios										
c. Precisar deporte o actividad de alto riesgo, o deporte profesional										

Mencione otras dolencias o enfermedades no consignadas en la lista

CONSIDERACIONES: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Jurada de Salud será considerada preexistente.

Si alguna de las respuestas es afirmativa, sírvase a proporcionar información más detallada

N° de pregunta afirmativa	Nombre y Apellido	Diagnóstico enfermedad o dolencia	Fecha de diagnóstico	Clínica Centro Médico donde se atendió	Tratamiento (Marcar)			Estado actual
					Hospit.	Cirugía	Medicamento	
			/ /					
			/ /					
			/ /					
			/ /					
			/ /					
			/ /					
			/ /					
			/ /					
			/ /					
			/ /					
			/ /					

			/ /					
			/ /					

Certifico que las respuestas y declaraciones contenidas en este documento son verídicas, completas y se ajustan a la realidad. Es de mi conocimiento que cualquier falsedad, simulación u omisión con dolo o culpa inexcusable, anula y deja sin efecto alguno la cobertura del Plan de Salud, liberando de toda responsabilidad y compromiso a **LA POSITIVA**.

Asimismo, declaro tener conocimiento que **LA POSITIVA** se reserva el derecho de calificar el riesgo en base a las respuestas y declaraciones contenidas en este documento, y/o tomando en

cuenta los antecedentes médicos, datos del archivo médico, exámenes de laboratorio, copia de historia clínica o cualquier documento médico, con la finalidad de determinar las condiciones que correspondan para el otorgamiento de cobertura de capa compleja.

En caso de declaración falsa o inexacta, acepto reintegrar a **LA POSITIVA** el monto de los gastos en los que ésta hubiera podido incurrir por la atención de mi(s) enfermedad(es) preexistente(s) no declarada(s) o por la atención de la(s) enfermedad(es) preexistente(s) no declarada(s) de cualquiera de mis derechohabientes.

8. FORMA DE PAGO

Elige una de las opciones de pago:

Contado (1 cuota con 5% de descuento)

12 Cuotas (Sin intereses)

- Podrá afiliarse a la opción de pago al débito automático completando el registro del formulario "Autorización de Cargo en Cuenta - Rapi pago".
- Para el fraccionamiento mensual corresponde una TCEA 0%.
- Con el fraccionamiento de 12 cuotas, la fecha del primer vencimiento es igual a la fecha de inicio de vigencia.

9. AUTORIZACIÓN PARA ENVÍO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA

Autorizo a que me envíen al correo indicado en el presente documento la presente póliza, endosos y renovaciones. Para ello, declaro haber tomado conocimiento de que el envío electrónico de la póliza tiene las siguientes características:

- Ventajas: Rapidez para obtenerla, fácil acceso, siempre disponible y contribuye al medio ambiente.
- Procedimiento: La póliza de seguro será remitida al correo electrónico brindado, en el plazo de 15 días de presentada la presente solicitud del seguro. Los sistemas de La Positiva confirmarán de manera automática la recepción de la misma al momento de su lectura.

• Medidas de Seguridad: La póliza de seguros será remitida a través de un correo electrónico certificado que cuenta con firmas electrónicas, lo cual permite acreditar la autenticidad e integridad del documento remitido.

• Posibles Riesgos: El acceso al contenido y la capacidad de almacenamiento de la cuenta de correo electrónico es de mi responsabilidad, por lo que se debe mantener la cuenta de correo habilitada y en condiciones operativas para la recepción de la póliza de seguros. Cualquier modificación del correo electrónico debe ser comunicada a lineapositiva@lapositiva.com.pe

10. INFORMACIÓN ADICIONAL

Los solicitantes declaran tener conocimiento que **LA POSITIVA** se reserva el derecho de calificar y aceptar la presente solicitud y de proponer las condiciones de aseguramiento, lo cual implica considerar: Porcentaje de recargo en la Prima, preexistencias o exclusiones por riesgos asociados a la preexistencia.

Las declaraciones expresadas en la presente solicitud tienen calidad de declaración jurada. Cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si **LA POSITIVA** hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso. **LA POSITIVA** deberá entregar la Póliza de Seguro al CONTRATANTE y/o ASEGURADO dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud, para los casos del CONTRATANTE o ASEGURADO que realicen examen de pre asegurabilidad se amplía a 15 días adicionales. En caso se haya entregado la Póliza al CONTRATANTE, y el ASEGURADO sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la Póliza a **LA POSITIVA**, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.

En caso **LA POSITIVA** solicite información adicional dentro del plazo de quince días desde recibida la solicitud, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO se compromete a facilitar a **LA POSITIVA** el acceso a la información

complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, dispensándolos de la reserva de la información del acto médico, en el momento que lo requiera **LA POSITIVA**.

Por lo anterior, mientras **LA POSITIVA** solicite información adicional la presente solicitud se mantendrá en suspenso hasta la fecha cierta de la entrega de dicha información. Por lo cual, presentada la información adicional por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, **LA POSITIVA** comunicará al CONTRATANTE y/o ASEGURADO dentro del plazo de quince (15) días calendario siguientes, si esta ha sido rechazada, salvo que requiera de información adicional dentro de dicho plazo, pues la información anteriormente entregada no estuvo completa.

Por lo que, el CONTRATANTE y/o COMPANÍA reconocen que la presente Solicitud de Seguro, incluyendo la Declaración Personal de Salud es válida hasta por treinta (30) días calendario a partir de la fecha establecida en el presente documento, incluso si se mantiene en suspenso por solicitud de información adicional.

11. IMPORTANTE

La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de la COMPANÍA, la aceptación de la Solicitud de Seguro se evidencia con la emisión de la póliza del seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el CONTRATANTE o ASEGURADO en los términos estipulados por la COMPANÍA, en tanto hubieran proporcionado información veraz.

Por el presente documento, declaro conocer y manifiesto mi consentimiento para que se remita alternativamen-

te por los medios electrónicos que correspondan, toda comunicación o documentación relativa a mis 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.

12. 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-PJP N°12709 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 Vida Seguros y Reaseguros S.A. y La Positiva Seguros y Reaseguros S.A.A.) 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

Finalmente, le informamos que Usted está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, cancelación y/u 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 Positiva se obliga a entregar la póliza de seguro al Contratante y/o Asegurado Titular dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el seguro, si no media rechazo previo de la solicitud o no se solicitó información adicional.

En los casos en los que se solicite información adicional o una Evaluación Médica al Asegurado y/o Dependientes por Asegurar; el plazo para la entrega de la póliza se amplía 15 días.

El Contratante y/o Asegurado Titular declara que la información que ha proporcionado en la presente Solicitud, es verdadera y que no ha omitido información.

Firma del Contratante

Firma del Asegurado Titular