

## SOLICITUD - CERTIFICADO MICROSEGURO MULTIRIESGO DE ACCIDENTES Y SALUD POR INDEMNIZACIÓN

### 1. DATOS DE LA EMPRESA

LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS	20100210909
NOMBRE	RUC
Francisco Masías 370 - San Isidro - Lima	211-0211
DIRECCIÓN	TELÉFONO
	www.lapositiva.com.pe
	PÁGINA WEB

### 2. DATOS DEL CONTRATANTE

CONTRATANTE	RUC
DIRECCIÓN	TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO	

### 3. DATOS DEL ASEGURADO

			/ /
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO
DNI   CE   LM   RUC   OTRO	M   F		
TIPO DE DOCUMENTO	N° DE DOCUMENTO	GENERO	NACIONALIDAD
AV. <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> JR. <input type="checkbox"/> PSJ. <input type="checkbox"/> EDIF. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE VÍA		
DIRECCIÓN	URBANIZACIÓN	DISTRITO	
NÚMERO	Km	Mz	Dpto
PROVINCIA / DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO / CELULAR	

1/8

### 4. DATOS DEL CÓNYUGE O CONCUBINO(A) DEL ASEGURADO

			/ /
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO
DNI   CE   LM   RUC   OTRO	M   F		
TIPO DE DOCUMENTO	N° DE DOCUMENTO	GENERO	NACIONALIDAD
AV. <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> JR. <input type="checkbox"/> PSJ. <input type="checkbox"/> EDIF. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE VÍA		
DIRECCIÓN	URBANIZACIÓN	DISTRITO	
NÚMERO	Km	Mz	Dpto
PROVINCIA / DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO / CELULAR	

## 5. BENEFICIARIOS (APLICA SÓLO PARA LA COBERTURA DE MUERTE POR ACCIDENTE DEL ASEGURADO)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Parentesco	% Participación

Los Beneficiarios para la cobertura de Muerte Accidental del Asegurado, Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado y Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente serán los indicados en el presente documento. En caso no haya tal designación o en caso de muerte del Beneficiario, la indemnización será pagada de acuerdo al siguiente orden de precedencia:

- Cónyuge sobreviviente.
- Los hijos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años inválidos de manera total y permanente para el trabajo.
- Los hijos mayores de dieciocho (18) años.
- Los padres.
- Los hermanos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años inválidos de

- manera total y permanente para el trabajo.
- Los herederos legales del Asegurado de acuerdo a Sucesión Intestada o Testamento, debidamente inscrita. Si fueran dos o más los beneficiarios, el importe se dividirá y abonará en partes iguales.

En el caso del beneficio por la cobertura de Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado, Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado, Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado e Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado, el Beneficiario será el mismo Asegurado.

## 6. DECLARACIÓN DE SALUD

¿Usted ha sido diagnosticado(a) de alguna de las siguientes enfermedades: Cáncer, Ataque Cardíaco, Accidente Cerebro Vascular, Esclerosis Múltiple, Distrofia

Muscular; o ha recibido tratamiento por alguna de estas enfermedades?

SI  NO

## 7. VIGENCIA DEL SEGURO

Fecha de Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (12 m)

Fecha de Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (12 m)

El presente microseguro se mantendrá vigente mientras el Asegurado cumpla con pagar la prima mensual correspondiente, se cumplan las condiciones de asegurabilidad y no manifieste su deseo de resolver el mismo.

2/8

## 8. PRIMA COMERCIAL + IGV

## 9. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

El monto de la prima será cancelado con frecuencia (mensual, trimestral, semestral, anual, según corresponda), y podrá efectuarse en cualquiera de las siguientes formas de pago elegidas por el Asegurado: (i) forma directa en las oficinas de la Aseguradora, (ii) cargo en cuenta y tarjeta de crédito, (iii) depósito en cuenta o, (iv) vía descuento por planilla.

El pago de la prima se realizará a través del medio de pago convenido con la Aseguradora. En caso que se utilice un medio de pago diferente al pago en efectivo, como el cargo en cuenta o a través de tarjeta de débito o crédito, el Asegurado será responsable de verificar que los pagos se realicen satisfactoriamente. En caso de utilizar estos medios de pagos alternativos, La Aseguradora no será responsable de las omisiones o falta

de diligencia que produzca el atraso en el pago de las primas.

Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado, se otorga un plazo de gracia adicional de treinta (30) días calendario contados desde el día siguiente al último día que el Asegurado o Contratante, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el periodo de gracia la cobertura de la póliza permanecerá vigente.

Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurridos los 30 días calendario de periodo de gracia, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que La Positiva comunique de forma previa.

## 10. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS PRINCIPALES	SUMA ASEGURADA
Muerte por Accidente del Asegurado	
Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado	
Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado	
Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente	
Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado	
Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado	
Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado	

## 11. EXCLUSIONES

La presente Solicitud - Certificado no reconoce ningún beneficio ni gasto en las siguientes circunstancias y/o por las siguientes causas de exclusión.

11.1 Para las coberturas de Muerte por accidente del Asegurado, Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado, Muerte por accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado, Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente y Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado:

- Guerra civil o internacional, declarada o no.
- Radiación nuclear.
- Participación activa en actos delictivos, subversivos o terroristas.
- Los accidentes que se produzcan mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas o en estado de sonambulismo y cuando guarde relación causal con el accidente, siempre que sea el Asegurado quien fuese el conductor al momento del accidente. Esta póliza se rige por las disposiciones legales actualmente vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente. Para efectos de esta póliza se utiliza el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora o por fracción. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje etílico.

11.2 Para la cobertura de Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado:

- Exclusiones a), b) y c) del numeral 4.1
- Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la póliza.
- Hospitalización del Asegurado si éste vive fuera de

Perú al momento de su ingreso a un establecimiento de salud.

- Exámenes de rutina y curas de reposo.
- Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- Anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- Condiciones preexistentes no declaradas y sus secuelas.
- Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- VIH / SIDA.
- Consecuencias de fenómenos catastróficos de la naturaleza.
- Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

3/8

11.3 Para la coberturas de Indemnización por diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado:

- Exclusiones g) i) y j) del numeral 4.2 y exclusión b) del numeral 4.1
- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Adicción a drogas y alcoholemia.
- Consecuencias de accidente previo al microseguro.
- Consecuencias de fármacos usados sin prescripción.
- Lesiones auto infligidas.
- Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.
- Cáncer cérvico uterino "in situ".
- Lesiones por participación activa en servicio militar, actos delictivos, subversivos o terroristas, guerra civil internacional, declarada o no.
- Cualquier diagnóstico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

## 12. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DEL MICROSEGURO:

12.1 Al ocurrir un siniestro cubierto bajo la presente Solicitud - Certificado, el Beneficiario deberá informar a La Positiva la ocurrencia del siniestro dentro del plazo de 7 días calendario de ocurrido

el siniestro, de tomar conocimiento del mismo, o de conocida la existencia del beneficio, llamando al teléfono 01-211-0-211 desde lima y/o provincias ó acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a

- nivel nacional o a las oficinas del Comercializador.
- 12.1.1 Para la cobertura Muerte por Accidente del Asegurado, Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado, Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente y Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado, se deberá presentar la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):
- Copia certificada de la Denuncia Policial, de corresponder.
  - Acta o Partida de defunción
  - Certificado de defunción.
  - DNI del Beneficiario.
  - Documento que acredite su calidad de beneficiario de acuerdo a orden de precedencia, en caso corresponda (partida de nacimiento, partida de matrimonio, declaración de unión de hecho, Certificado o Dictamen de invalidez), y dependiendo el tipo de beneficiario del que se trate.
  - En caso de no existir Beneficiarios nombrados o los establecidos en el orden de precedencia, deberá presentar Copia Literal de la Inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento debidamente expedida por los Registros Públicos.
  - Protocolo de necropsia, de corresponder,
  - Dosaje étílico, en caso corresponda.
- 12.1.2 Para la cobertura de Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado:  
Se deberá presentar la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):
- Copia certificada de la Denuncia Policial, de corresponder.
  - Una declaración escrita, que contenga ineludiblemente la fecha y hora del accidente, el nombre, apellidos, edad y domicilio de la persona que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancias en que éste ocurrió; así como el nombre y domicilio de los testigos, si los hubiera.
  - Un certificado del médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.
  - Certificado o Dictamen de invalidez permanente total, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, COMAFP o COMEC, INR, de forma indistinta) en donde se detalle la fecha de la configuración de la invalidez y el porcentaje del menoscabo.
  - Dosaje étílico, en caso corresponda.
- 12.1.3 Para la cobertura de Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado: Se deberá presentar la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):
- Original de comprobante de pago emitido por el establecimiento de salud donde se compruebe el nombre del paciente hospitalizado y el periodo de hospitalización.
- Certificado médico con diagnóstico y donde se señale el requerimiento de hospitalización.
  - Dosaje étílico, en caso corresponda.
- 12.1.4 Para el caso de Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado:  
Se deberá presentar la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):
- Copia foleada y fedateada de la Historia Clínica del Asegurado
  - Los documentos, certificados, informes y/o diagnósticos indicados a continuación y elaborados por médicos legalmente calificados para emitir dichos documentos.
    - Cáncer: Diagnóstico clínico deberá ser fundamentado en la historia clínica y confirmada por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos. Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológica o patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso.
    - Ataque Cardíaco o Infarto al Miocardio: Diagnóstico de esta enfermedad deberá estar basado en todas las siguientes situaciones:
      - Un historial del típico dolor de pecho, indicando de una enfermedad cardiaca isquémica.
      - \* Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EGG.
      - \* Aumento de las enzimas cardiacas por sobre los valores normales.
      - \* Estudio radistópico del músculo cardíaco.
    - Accidente Cerebro Vascular: Diagnóstico deberá ser inequívoco y registrar un déficit neurológico ya sea reversible o irreversible.
    - Esclerosis Múltiple: Diagnóstico deberá estar sustentado en la historia clínica, exámenes físicos y el análisis del líquido cerebro espinal, un episodio anterior o un episodio único de esclerosis múltiple no será esclerosis múltiple para efectos de esta definición. En ningún caso La Positiva pagará una pérdida bajo este beneficio si el primer episodio ocurrió antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.
    - Distrofia Muscular: Diagnóstico deberá ser realizado por un médico, basado principalmente en los síntomas clínicos y el historial genético (genético/historial familiar o un estudio de cromosomas). Los informes de biopsias musculares podrán ayudar al diagnóstico, pero en ningún caso constituirán por sí solas el diagnóstico.
    - En todos los casos, los documentos antes mencionados podrán ser entregados en cualquiera de las oficinas La Positiva a nivel nacional o a través del comercializador del microseguro.

4/8

### 13. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización correspondiente será efectuado por La Positiva en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados desde la fecha de presentación de la documentación sustentatoria de la

solicitud de cobertura indicada en las condiciones de este Certificado, la misma que deberá estar referida únicamente a la comprobación de la ocurrencia del siniestro cubierto.

## 14. CLÁUSULA DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO

La resolución deja sin efecto la póliza o la Solicitud-Certificado, según corresponda, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por la falta de pago de la prima. En dicho supuesto, la Positiva tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el período efectivamente cubierto.
- b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Asegurado o Contratante o de la Positiva, cuando corresponda enviando una comunicación a la contrataparte con una anticipación no menor a treinta (30) días. Deberá presentar la siguiente documentación:
  - Original y copia de documento nacional de identidad.Dicho trámite se efectuará en las Plataformas de Atención al Cliente de la Positiva, cuyas direcciones se encuentran en la web [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe), o el comercializador cuya dirección se indica en la solicitud-certificado o a

través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del microseguro.

- c) Cuando medie solicitud de cobertura fraudulenta, supuesto en el cual la Aseguradora de forma conjunta con la comunicación de rechazo del siniestro, dentro del plazo señalado en la cláusula 13, informará la resolución del contrato del microseguro.

A partir del día siguiente de producida la resolución contractual, El Contratante o Asegurado podrá solicitar por escrito en las oficinas de la Positiva, el reembolso de la prima que corresponda por el periodo no corrido, el mismo que no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. El reembolso se podrá hacer efectivo en las oficinas de La Positiva o el Comercializador luego de treinta (30) días calendarios de haber sido presentada la solicitud respectiva. La Positiva tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.

## 15. DECLARACIONES DEL ASEGURADO

### Derecho de Arrepentimiento

En el caso de microseguros comercializados a través del uso de sistemas a distancia, el Asegurado podrá resolver el contrato sin expresión de causa, dentro de los quince (15) días calendario, contados desde que recibe la Solicitud - Certificado, debiendo La Positiva devolver la totalidad del monto de la prima pagada, sin aplicar penalidad alguna, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. El Asegurado para hacer efectivo el derecho de arrepentimiento podrá utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del presente microseguro.

El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido

cuando se haya utilizado alguna de las coberturas o beneficios del microseguro.

### Defensoría del Asegurado

El Asegurado, Contratante y/o Beneficiario tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado para resolver las controversias que surjan entre ellos y La Positiva, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para La Positiva pero no para el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario quienes mantienen inalterable su derecho de recurrir a otras instancias.

5/8

## 16. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS Y CONSULTAS

La Positiva atenderá los reclamos y consultas en un plazo máximo de quince (15) días calendario de presentado por el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario. En caso de persistencia del reclamo o consulta, el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario podrán optar por los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos, en caso consideren hayan sido vulnerados. La Positiva Seguros

recibirá los reclamos y consultas del Asegurado, Contratante y/o Beneficiario en su "Área de Servicio al Cliente" llamando al 211-0-211 desde Lima y provincias o en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional (relación de direcciones en la web: [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)), así como a través de la misma página web de La Positiva Seguros.

## 17. COMUNICACIONES Y DOMICILIO

Los avisos y comunicaciones que intercambien La Positiva, el Contratante y/o el Asegurado y que deban realizarse de manera escrita, serán efectuados al domicilio físico y/o correo electrónico que aparecen registrados en la póliza o Solicitud - Certificado.

Si el Contratante y/o Asegurado cambiara de domicilio

y/o de correo electrónico, deberán comunicar tal hecho a La Positiva por escrito. Todo cambio de domicilio y/o de correo electrónico surtirá efectos desde su notificación, sin embargo aquellas modificaciones que se realicen sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de microseguro.

## 18. IMPORTANTE

- **Condiciones de Asegurabilidad:** Son asegurables, las personas desde los 18 años de edad cumplidos hasta los 65 años de edad cumplidos (64 años 11 meses y 29 días), con permanencia hasta los 84 años de edad y 365 días. Las comunicaciones, solicitudes de cobertura y pagos efectuados al comercializador, por las coberturas otorgadas, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Positiva Seguros.
- Los pagos efectuados por los contratantes, o terceros encargados del pago, al comercializador, se entenderán abonados a la empresa en la misma fecha de su realización.
- Un historial del típico dolor de pecho, indicando de una enfermedad cardíaca isquémica.
- Las condiciones de la presente póliza se encuentran disponibles en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe).
- La vigencia de esta póliza será siempre la que

corresponda al período de las primas pagadas y podrá ser renovada de forma automática.

- **El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la Póliza de Microseguro a La Positiva Seguros, la que será entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la fecha de recepción de la solicitud o puede acceder a la misma en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)**
- El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales, regulado mediante Ley N° 29355
- **Investigación y Revisión de Sinistros: La Positiva**

se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro, aun cuando ya hubiera pagado la indemnización y Beneficiario queda obligado a cooperar con esta investigación. En general, La Positiva podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información o documentación recibida. Si la información o documentación presentada fuera simulada o fraudulenta, perderán los beneficiarios todo derecho a indemnización, sin perjuicio que se inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

## 19. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

El Asegurado reconoce que cualquier omisión o falsedad vertida en el presente documento anula el contrato de seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 8° de La Ley del Contrato de Seguro, quedando **La Aseguradora** liberada de cualquier responsabilidad.

Asimismo, autorizó a La Positiva para que todas las comunicaciones relacionadas con la ejecución, prestaciones y cualquier modificación de las condiciones

de la póliza sean remitidas a mi domicilio o a mi correo electrónico, consignados precedentemente. Si el Contratante y/o Asegurado cambiara de domicilio o de correo electrónico, deberán comunicar tal hecho a la Aseguradora por escrito. Todo cambio de domicilio o de correo electrónico que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.

## 20. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Usted, en calidad de contratante y/o asegurado identificado según los datos personales registrados en el numeral inicial del presente documento (la presente política únicamente será firmada por el contratante cuando este sea una persona natural distinta al asegurado. En caso, el contratante sea una persona jurídica, el asegurado es responsable del llenado y firma de la política), en forma libre y voluntaria declara y acepta lo siguiente:

El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados en la presente solicitud-certificado es **LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.A.** con domicilio en **Calle Francisco Masías N° 370, distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima**, en adelante, **LA ASEGURADORA**. La existencia de este banco de datos personales ha sido declarada a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación **CLIENTES** y el código RNPDP N° **03899**.

Se le informa que cualquier tratamiento de datos personales por parte de **LA ASEGURADORA**, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en Perú en la materia (Ley N°29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias).

Mediante la aceptación y firma del presente documento Ud. proporciona sus datos personales (que podrían contener datos sensibles) a **LA ASEGURADORA**, tales como: nombre, apellido, tipo y número de documento nacional de identidad, edad, nacionalidad, domicilio, estado civil, ocupación, correo electrónico, teléfono, datos financieros – económicos, voz, profesión.

Siendo las **finalidades primarias**:

- Ejecutar la relación contractual.
- Evaluar la calidad del servicio, realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo con fines estadísticos, analíticos, riesgos, comportamiento, cobranzas y de siniestralidad para usos internos.

De no proporcionar los datos personales previamente

mencionados no se le podrá brindar el servicio o producto requerido. En ese sentido, estos datos personales son considerados obligatorios.

### FINALIDADES SECUNDARIAS

Asimismo Ud. autoriza y otorga a La Positiva Seguros y Reaseguros S.A.A., La Positiva Vida Seguros y Reaseguros S.A. y a La Positiva S.A. Entidad Prestadora de Salud su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que estas puedan dar tratamiento a sus datos personales con la finalidad secundaria que a

6/8

**Tratar sus datos personales para fines publicitarios y de prospección comercial, para que sean ofrecidos eventos, novedades, encuestas, descuentos y/u ofertas de su interés, nuevos productos y/o servicios a través de cualquier medio de comunicación tradicional y electrónico.**

**Si acepto ( ) / No acepto ( )**

Mediante la aceptación de la referida finalidad secundaria usted proporciona a **LA ASEGURADORA** los siguientes datos personales: nombres y apellidos, teléfono, edad, estado civil, DNI, RUC, N° Pasaporte, carné de extranjería, PTP, dirección del domicilio, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, nacionalidad y profesión.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se verá afectada la prestación del servicio o producto solicitado.

Esta autorización y/o la conservación de los datos personales estará vigente mientras dure la relación contractual, posteriormente a la misma, se conservarán los datos para las finalidades autorizadas por Ud. hasta que se revoque su consentimiento o hasta que la legislación vigente nos permita contar con su información. Cabe resaltar que, sus datos personales sólo serán utilizados con propósitos limitados a los expuestos precedentemente.

Por otro lado, **LA ASEGURADORA** informa que:

- Los datos personales se transferirán a nivel nacional a las empresas que conforman el grupo empresarial de

- La Positiva así como los terceros o proveedores que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.
- Los datos personales se transferirán a nivel internacional (flujo transfronterizo) a: las empresas que conforman el grupo empresarial con sede en el extranjero así como los terceros o proveedores internacionales que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.

El listado de estos proveedores se actualiza periódicamente en **LA ASEGURADORA**. Por dicho motivo, se recomienda revisar la actualización del listado de terceros autorizados que tratan datos personales en representación de LA ASEGURADORA en la página web <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principales-terceros>

Considerando el servicio o producto adquirido en **LA ASEGURADORA**, así como las finalidades adicionales al contrato o solicitud remitida por Ud., **LA ASEGURADORA** deberá transferir sus datos personales a terceras personas autorizadas, estricta y únicamente con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas en el presente documento.

En el caso de los Derechos ARCO (derecho de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición) indicados en la Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias, como titular de sus datos personales el solicitante tiene el derecho de acceder a sus datos personales en posesión de **LA ASEGURADORA**, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos. Asimismo, el solicitante podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico [derechosarco@lapositiva.com.pe](mailto:derechosarco@lapositiva.com.pe) o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección señalada (Ver sección: Identidad y domicilio) utilizando el formato ARCO que se encuentra en el siguiente link:

[https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18\\_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nlD2pG8](https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nlD2pG8) para ambos canales. Para mayor detalle se sugiere visualizar la sección de Derechos Arco en la página web de la empresa <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#politicatratamiento-datospersonales>

Además de los anteriores derechos, el Solicitante tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el procedimiento descrito precedentemente, sin que dicha exclusión de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior

a la exclusión del mismo. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ubicada en Calle Scipion Llona N° 350, distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, Perú; completando el formulario respectivo.

Finalmente, informar que **LA ASEGURADORA** será responsable de este banco de datos personales y de los datos personales contenidos en este. Por ello, con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los solicitantes y/o los clientes, **LA ASEGURADORA** ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas, organizativas y legales razonables a su alcance.

Marcar con un aspa: Acepto ( ) / No acepto ( )

7/8

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias

Los Nombre(s), Apellidos y documento(s) de identidad de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias, se encuentra acorde a los datos personales inicialmente brindado a través del presente documento, teniéndose en consideración las disposiciones iniciales de la presente política.

Fecha de Suscripción: \_\_\_\_\_

Nota: En caso de menores de edad y/o titulares de datos que no puedan firmar el texto de obtención de consentimiento la firma del presente documento será realizada por los padres, tutores o representantes legales quienes serán responsables de todos los actos realizados por los menores a su cargo o representados.

Finalmente, 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](http://www.lapositiva.com.pe).

El Asegurado declara que antes de suscribir esta Solicitud – Certificado ha tomado conocimiento de **todas y cada una de las condiciones del presente documento**, a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato.



LA POSITIVA SEGUROS  
Y REASEGUROS

ASEGURADO