

Fecha de solicitud

Fecha de pago prima única

## SOLICITUD DE SEGURO DE RENTA PARTICULAR

SE DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS CON LETRA LEGIBLE:

### 1. DATOS DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR

#### Persona Natural

NOMBRES Y APELLIDOS		TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO
DNI   CE   PASAPORTE   RUC	M   F	S   C   D	CONVIVIENTE
TIPO DE DOCUMENTO	N°	SEXO	NACIONALIDAD
ESTADO CIVIL	RESIDENCIA EN PERÚ		
SI   NO	EN CASO DE INDICAR NO, INDIQUE EN QUÉ PAÍS RESIDE ACTUALMENTE		
DIRECCIÓN		DISTRITO	
PROVINCIA / DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	PROFESIÓN / OCUPACIÓN	
REMUNERACIÓN MENSUAL (S/)	DETALLE OTROS INGRESOS	CENTRO DE TRABAJO	
DIRECCIÓN DE CENTRO DE TRABAJO	DISTRITO DEL CENTRO DE TRABAJO	PROVINCIA / DEPARTAMENTO DEL CENTRO DE TRABAJO	

#### Persona Jurídica

RAZÓN SOCIAL	TELÉFONO
RUC	CIU
TIPO DE DOCUMENTO	N°
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	DISTRITO
PROVINCIA / DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO

1/8

¿Es persona expuesta políticamente - PEP (\*)?

Sí  (llenar formato PEP) No

\*PEP: Son personas naturales, nacionales o extranjeras, que cumplen o que en los últimos cinco (5) años hayan cumplido funciones públicas destacadas o funciones prominentes en una organización internacional, sea en el territorio nacional o extranjero, y cuyas circunstancias financieras puedan ser objeto de un interés público. Asimismo, se considera como PEP al colaborador directo de la máxima autoridad de la institución.

### INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS Y NOMBRES / RAZÓN SOCIAL	TIPO DE DOCUMENTO	% DE PARTICIPACIÓN	REGISTRA ANTECEDENTES PENALES(SI O NO)	INDIQUE SI ES PEP	NACIONALIDAD
	N°				

### INFORMACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS Y/O ASOCIADOS (MÁS DE 25% DEL CAPITAL SOCIAL O PARTICIPACIÓN)

APELLIDOS Y NOMBRES / RAZÓN SOCIAL	TIPO DE DOCUMENTO	% DE PARTICIPACIÓN	REGISTRA ANTECEDENTES PENALES(SI O NO)	INDIQUE SI ES PEP	NACIONALIDAD
	N°				
	N°				

Código SBS N.º VI2077500161 Póliza adecuada a la Ley N.º 29946 y sus normas reglamentarias.

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.º 370, San Isidro, Lima - Perú RUC: 20454073143 Telf: (511) 513-0000 www.lapositiva.com.pe

## 2. DATOS DEL ASEGURADO

Si el Asegurado es igual al Contratante, deberá marcar en el recuadro  y no llenar en la siguiente información.

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO	
DNI   CE   RUC   OTRO		M   F	S   C   D   VIUDO
TIPO DE DOCUMENTO	N°	SEXO	NACIONALIDAD
		TELÉFONO	ESTADO CIVIL
SI   NO		EN CASO INDICAR NO, INDIQUE EN QUÉ PAÍS RESIDE ACTUALMENTE	
RESIDENCIA EN PERÚ			
DIRECCIÓN		DISTRITO	
PROVINCIA / DEPARTAMENTO		CORREO ELECTRÓNICO	
SANO <input type="checkbox"/> INVÁLIDO <input type="checkbox"/>		CONDICIÓN DE SALUD	
RELACIÓN CON EL CONTRATANTE		PROFESIÓN / OCUPACIÓN	
		CENTRO DE TRABAJO	
REMUNERACIÓN MENSUAL (S/)	DETALLE OTROS INGRESOS	DIRECCIÓN DE CENTRO DE TRABAJO	
DISTRITO		PROVINCIA / DEPARTAMENTO	

¿Es persona expuesta políticamente - PEP (\*)?

Sí  (llenar formato PEP) No

\*PEP: Son personas naturales, nacionales o extranjeras, que cumplen o que en los últimos cinco (5) años hayan cumplido funciones públicas destacadas o funciones prominentes en una organización internacional, sea en el territorio nacional o extranjero, y cuyas circunstancias financieras puedan ser objeto de un interés público. Asimismo, se considera como PEP al colaborador directo de la máxima autoridad de la institución.

2/8

## 3. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS EN RENTA

Cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado, los Beneficiarios serán los indicados a continuación:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO DE DOCUMENTO
1			M   F		N°
2			M   F		N°
3			M   F		N°
4			M   F		N°
5			M   F		N°

N°	% DE BENEFICIO	PERIODO DE PAGO (TEMPORAL / VITALICIO)	VIGENCIA COMO BENEFICIARIO (AÑOS)	CONDICIÓN DE SALUD
1	%			Sano <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>
2	%			Sano <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>
3	%			Sano <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>
4	%			Sano <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>

- Los Beneficiarios de renta únicamente tendrán derecho a una renta mensual por la cantidad de años de vigencia que hayan sido designados por el Asegurado.
- Los Beneficiarios de renta cuyo periodo de pago sea Temporal, gozarán de una renta mensual la cantidad de años que haya sido designado por el Asegurado y no podrá exceder a los años de vigencia de la póliza.
- En ningún caso la suma de los porcentajes de beneficio de los beneficiarios de renta podrán exceder del 100% de la renta mensual del Asegurado.

Código SBS N.° VI2077500161 Póliza adecuada a la Ley N.° 29946 y sus normas reglamentarias.

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.° 370, San Isidro, Lima - Perú RUC: 20454073143 Telf: (511) 513-0000 www.lapositiva.com.pe

#### 4. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DE LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR SEPELIO Y COBERTURAS ADICIONALES

Los beneficiarios aplican para la cobertura de indemnización por sepelio para las Coberturas Adicionales de indemnización por fallecimiento del Asegurado y/o devolución de prima única (\*) en caso las eligieran.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO DE DOCUMENTO	% DE BENEFICIO
1			M   F		N°	
2			M   F		N°	
3			M   F		N°	
4			M   F		N°	

- La suma de los porcentajes de beneficios de los beneficiarios de las coberturas adicionales deberán sumar 100%.
- Si fuesen dos o más los beneficiarios designados, y no se consigna el porcentaje de participación, el importe se dividirá y abonará por partes iguales, sea cual fuera el vínculo de los beneficiarios con el titular del seguro. Si al momento de pagar el siniestro, se verifica que uno de los Beneficiarios falleció en forma previa o posterior

al fallecimiento del Asegurado, la parte correspondiente al Beneficiario fallecido acrecerá la de los demás Beneficiarios designados, en forma proporcional a su participación.

(\*) Para la cobertura adicional de Devolución de Prima Unica el Beneficiario es el Asegurado. Solo en caso éste falleciera antes del fin de la vigencia temporal de la póliza, se tomarán como Beneficiarios a las personas aquí declaradas.

#### 5. DETALLE EL ORIGEN DE LOS FONDOS (EL CONTRATANTE DEBE DETALLAR LAS ACTIVIDADES DE LAS QUE PROVIENEN SUS INGRESOS)

#### 6. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

Solo en el caso de haber contratado la cobertura adicional de indemnización por Fallecimiento del Asegurado. Esta declaración deberá ser suscrita por el Asegurado.

3/8

Estatura (m) _____	Peso actual (kg) _____	Presión Arterial _____	SI	NO
1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad que requiera tratamiento, observación médica u hospitalización?				
2. ¿Ha padecido en el pasado alguna enfermedad que le haya exigido tratamiento y/o exámenes médicos y/o internamientos y/u observación médica?				
3. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardiaca o hipertensión arterial?				
4. ¿Padece o ha padecido de diabetes mellitus (azúcar alta en la sangre)?				
5. ¿Tiene alguna malformación física o congénita que le impida o dificulte desarrollarse con normalidad?				
6. ¿Le han detectado algún tumor o se sometió a alguna prueba para descartar Cáncer?				
7. ¿Ha tenido alguna variación en su peso de más de 7 kilos en los dos últimos años?				
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")				
10. ¿Viaja Ud. en helicóptero, aviones militares, de instrucción, aviones o avionetas particulares no comerciales?				
11. ¿Padece o ha padecido de SIDA o VIH, cáncer de cualquier tipo o tumores, leucemia, miomas, displasia mamaria o enfermedades de transmisión sexual?				
12. ¿Tiene Usted algún familiar (padres o hermanos) con antecedentes de cáncer de mama, ovarios, colon y/o próstata?				
13. ¿Fuma? En caso afirmativo ¿Cuál es su consumo diario promedio? N.º _____				

Código SBS N.º VI2077500161 Póliza adecuada a la Ley N.º 29946 y sus normas reglamentarias.

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.º 370, San Isidro, Lima - Perú RUC: 20454073143 Telf: (511) 513-0000 www.lapositiva.com.pe

## AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN EL SIGUIENTE RECUADRO

RESPUESTA N°	DETALLE AMPLIATORIO

### 7. COBERTURAS

#### 7.1 Cobertura principal:

Renta mensual del Asegurado:

Marque con un aspa (x) en los recuadros  la renta de su elección y sus características

Renta temporal mensual      Monto: \_\_\_\_\_ Moneda: Soles  Doláres

Periodo diferido de la renta:      No  1  2  3  4  5

Temporalidad      Años: \_\_\_\_\_

Cláusula de Devolución de prima única:      No  Si  \_\_\_\_\_ %

Cláusula de Proporción de pagos:      No  N° de años del 1er tramo: \_\_\_\_\_ años

% de la Renta del 2do tramo con respecto del 1er tramo: 25%  33%  50%  75%

Renta temporal mensual con renta vitalicia mensual      Monto: \_\_\_\_\_ Moneda: Soles  Doláres

Renta temporal      Años: \_\_\_\_\_

% de la Renta vitalicia respecto de la renta temporal      25%  33%  50%  75%

Renta vitalicia mensual      Monto: \_\_\_\_\_ Moneda: Soles  Doláres

Periodo diferido de la renta:      No  1  2  3  4  5

\* N° de años del periodo garantizado      Años: \_\_\_\_\_

\* Cláusula de renta con gratificación: (Aplica una renta adicional en los meses de julio y diciembre / no es compatible con la Cláusula de Proporción de Pagos)      Si  No

\* Tasa de venta:      \_\_\_\_\_ %

\* Tasa de ajuste:      0%  1%  2%  3%  4%  5%

(En caso se contrate una moneda ajustada / Periodicidad de ajuste trimestral)      IPC

#### 7.2 Indemnización por sepelio

La tasa de ajuste anual y la moneda serán las mismas que eligió para la Cobertura principal      S/ 5,000  S/ 7,000  S/ 10,000

US\$ 1,500  US\$ 2,500  US\$ 3,500

#### 7.3 Coberturas adicionales:

Marque con un aspa (x) la(s) Cobertura(s) adicional(es) de su elección e indique la suma asegurada y la moneda

Indemnización por fallecimiento del Asegurado:      Monto: \_\_\_\_\_ Moneda: Soles  Dólares

(La moneda será la misma que eligió para la Cobertura principal)  
(Monto máximo: 50% de la prima única o hasta S/100,000 o US\$30,000 dependiendo de la moneda elegida)

Derecho a crecer

#### 7.4 Condición especial de prima de inversión

Prima de inversión Monto: \_\_\_\_\_ Moneda: Dólares   
Portafolio elegido \_\_\_\_\_

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros no garantiza ningún rendimiento por el componente de la Prima de Inversión, por lo que la TREA de éste componente estará sujeta al desempeño del portafolio de inversión elegido por el cliente. La TIR del componente de la Prima de Inversión, se trata de una TIR esperada, la cual estará en función al desempeño del portafolio de inversión elegido por el cliente. La TIR esperada del portafolio de inversión, no garantiza una rentabilidad, ya que la rentabilidad dependerá del comportamiento de los activos subyacentes que componen el portafolio de inversión elegido por el cliente.

### 8. PRIMA ÚNICA Y FORMA DE PAGO

Monto de la prima única: \_\_\_\_\_ Moneda: Soles  Dólares

Forma de pago: Depósito en las siguientes cuentas bancarias \*de La Positiva Vida.

- Scotiabank
- Cuenta soles: 870-1370622 / CCI: 009-170208701370622-26
  - Cuenta dólares: 870-1370631 / CCI: 009-170218701370631-25
- BCP
- Cuenta soles: 193-13913807-0-49 / CCI: 002-193-113913807049-10
  - Cuenta dólares: 193-13913808-1-50 / CCI: 002-193-113913808150-15
- BBVA
- Cuenta soles: 0011-0661-0200038589-64 / CCI: 011-661-000200038589-64
  - Cuenta dólares: 0011-0661-0200038597-67 / CCI: 011-661-000200038597-67
- Interbank
- Cuenta soles: 200-3000219604 / CCI: 003-200-003000219604-33
  - Cuenta dólares: 200-3000219611 / CCI: 003-200-003000219611-38

(\*)Las entidades bancarias se reservan el derecho de cobro de comisión interplaza.

### 9. FORMA DE PAGO DE LA RENTA MENSUAL

Marque con un aspa (x) en los recuadros  la modalidad de pago de renta elegida

- \* Abono en cuenta  Scotiabank  BCP  BBVA  Interbank
- \* Tipo de cuenta  Cuenta de ahorros  Cuenta corriente
- \* Tipo de moneda  Soles  Dólares
- \* N° de cuenta
- \* N° de cuenta interbancaria

5/8

Es importante precisar que la cuenta de ahorros o cuenta corriente debe ser en la moneda que se pagará la renta. El pago de la renta mensual en la modalidad elegida se realizará según cronograma publicado en nuestra página web [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

### 10. DATOS DEL ASESOR

NOMBRES Y APELLIDOS	CÓDIGO	TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO		CANAL COMERCIAL

### 11. DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas.

Declaro haber tomado conocimiento de las condiciones de la renta mensual elegida que se detallan en la cotización que acompaña a la presente solicitud, documento que adjunto firmado en señal de conformidad.

Declaro que he tomado conocimiento directo de 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](http://www.lapositiva.com.pe). Con respecto a la prima única cancelada para la contratación de la presente póliza, declaro bajo juramento que está conformantes de mi Cuenta Individual de Capitalización. (CIC) que administra mi AFP.

Código SBS N.º VI2077500161 Póliza adecuada a la Ley N.º 29946 y sus normas reglamentarias.

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.º 370, San Isidro, Lima - Perú RUC: 20454073143 Telf: (511) 513-0000 [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

SI  NO

Asimismo, confirmo el origen lícito de los fondos a fin de cumplir con el marco normativo correspondiente a la Prevención del Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo, y he puesto en conocimiento de la Aseguradora el último estado de cuenta de mi CIC, emitido por la AFP que la administró.

Declaro haber sido informado de la totalidad de las condiciones del presente seguro y conocer que las Condiciones Generales y Resumen Informativo de la póliza se encuentran en la web: [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe).

En caso que el Contratante sea una persona diferente al Asegurado, este último autoriza de forma expresa a que el Contratante tome las coberturas del seguro a su favor.

## 12. IRREVOCABILIDAD

---

Ninguna de las partes podrá resolver de forma unilateral y sin expresión de causa el presente contrato. Esta póliza permanecerá vigente hasta la muerte del asegurado o del último de los beneficiarios de la renta, si lo hubiera.

## 13. AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE ESTADOS DE CUENTA

---

Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las

referidas normas, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.

## 14. AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA

---

Asimismo, 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:

- **Medidas de Seguridad:** La póliza de seguros me será remitida con firma electrónica de La Positiva Seguros y Reaseguros o a través de otros medios de igual o mayor seguridad que acrediten su autenticidad e integridad.

El Asegurado autoriza a La Positiva en envío de la póliza, endosos, renovaciones, comprobantes de pago y toda comunicación relacionada al contrato del seguro a la dirección electrónica consignada en el presente documento. Cualquier modificación del

correo electrónico deberá ser gestionada llamando a Línea Positiva al (01) 211-0212.

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.

6/8

## 15. 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 será firmada por el contratante y por el asegurado cuando el primero 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 es **LA POSITIVA VIDA S.A SEGUROS Y REASEGUROS** 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° 4267.

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 continuación se menciona:

**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 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:

---

Código SBS N.° VI2077500161 Póliza adecuada a la Ley N.° 29946 y sus normas reglamentarias.

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.° 370, San Isidro, Lima - Perú RUC: 20454073143 Telf: (511) 513-0000 [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

[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 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.

Acepto ( ) No Acepto ( ) (Marcar con un aspa)

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

Los Nombre(s), Apellidos y documento(s) de identidad de las personas que otorga el consentimiento para finalidades secundarias, se encuentran 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.

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

8/8

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante