

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN EN GRUPO

SE DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS CON LETRA LEGIBLE:

1. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRES Y APELLIDOS			FECHA DE NACIMIENTO		
DNI CE RUC OTRO	M F	S C D CONVIVIENTE			
TIPO DE DOCUMENTO	N°	SEXO	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	
DIRECCIÓN		DISTRITO	PROVINCIA/DEPARTAMENTO		
CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO		
INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG		INDIQUE SU TALLA EN CM		INDIQUE SU PRESIÓN ARTERIAL	

ASEGURADO ADICIONAL (en caso corresponda)

NOMBRES Y APELLIDOS			FECHA DE NACIMIENTO		
DNI CE RUC OTRO	M F	S C D CONVIVIENTE			
TIPO DE DOCUMENTO	N°	SEXO	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	
DIRECCIÓN		DISTRITO	PROVINCIA/DEPARTAMENTO		
CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO		
INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG		INDIQUE SU TALLA EN CM		INDIQUE SU PRESIÓN ARTERIAL	

2. DATOS DEL CONTRATANTE (BENEFICIARIO PRINCIPAL)

CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO DE MAYNAS S.A.			20103845328		
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL			RUC		
(065) 581-770	JR. PROSPERO NRO. 791	IQUITOS - MAYNAS	LORETO		
TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL CONTRATANTE	DISTRITO / PROVINCIA	DEPARTAMENTO		

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

EDADES DE LOS SOLICITANTES	MONTO DE LOS CREDITOS	EXAMENES
Hasta 41 años	Hasta US\$ 100,000	A
	De US\$ 100,001 a US\$ 150,000	A + B
	De US\$ 150,001 a más	A + B + C
Desde 42 años a 51 años	Hasta US\$ 80,000	A
	De US\$ 80,001 a US\$ 120,000	A + B
	De US\$ 120,001 a más	A + B + C
Desde 52 años	Hasta US\$ 50,000	A
	De US\$ 50,001 a US\$ 80,000	A + B
	De US\$ 80,001 a más	A + B + C

Examen A: Cuestionario médico simplificado (Declaración personal de salud)

Examen B: Cuestionario médico específico (Examen simple por médico compañía)

Examen C: Examen médico con: análisis de orina completo, electrocardiograma y test de esfuerzo, radiografía de tórax y análisis de sangre completo con test VIH.

Código SBS VI2077400142 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

Nota:

Se debe tomar en cuenta que si el Solicitante es una sociedad conyugal o el crédito ha sido concedido a dos o más personas (de forma mancomunada), la DPS y/o los exámenes médicos deberán realizarse a cada uno de ellos según lo indicado en los requisitos de asegurabilidad.

4. INFORMACIÓN SOBRE EL PRÉSTAMO

PRODUCTO	MONEDA	PLAZO	MONTO DEL PRÉSTAMO

Marcar con un aspa(x) el tipo de crédito:

Individual - Asegurado titular	
Mancomunado – Asegurado adicional	

5. INFORMACIÓN OBLIGATORIA REQUERIDA AL ASEGURADO TITULAR Y ADICIONAL (en caso corresponda)

	TITULAR		ADICIONAL	
	SI	NO	SI	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?				

2/3

AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN EL SIGUIENTE RECUADRO

RESPUESTA N°	DETALLE AMPLIATORIO

6. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas; y que cualquier omisión o falsedad donde medie dolo o culpa inexcusable conllevará a la nulidad del contrato de seguro o certificado 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 las Condiciones Generales y Resumen Informativo 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.

Código SBS VI2077400142 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

7. 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-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 Solicitante 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 Asegurado Titular

Asegurado Adicional