

## 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 <input type="text"/>      | CE <input type="text"/> | RUC <input type="text"/> | PASAPORTE <input type="text"/> | F <input type="text"/> M <input type="text"/> |
| TIPO DE DOCUMENTO             |                         | N° DOCUMENTO             |                                | GÉNERO                                        |
|                               |                         |                          |                                | ESTADO CIVIL                                  |
|                               |                         |                          |                                |                                               |
| NACIONALIDAD                  | TELÉFONOS               | CORREO ELECTRÓNICO       |                                |                                               |
| DIRECCIÓN                     |                         | DISTRITO / PROVINCIA     |                                | DEPARTAMENTO                                  |
|                               |                         |                          |                                |                                               |
| INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG. |                         | INDIQUE SU TALLA EN CM.  |                                | INDIQUE SU PRESIÓN ARTERIAL                   |

### 2. ASEGURADO ADICIONAL (en caso corresponda)

|                               |                         |                                |                                               |                                                                      |
|-------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS           |                         |                                | FECHA DE NACIMIENTO                           |                                                                      |
| DNI <input type="text"/>      | CE <input type="text"/> | PASAPORTE <input type="text"/> | F <input type="text"/> M <input type="text"/> | S <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> |
| TIPO DE DOCUMENTO             |                         | N° DOCUMENTO                   |                                               | GÉNERO                                                               |
|                               |                         |                                |                                               | ESTADO CIVIL                                                         |
|                               |                         |                                |                                               |                                                                      |
| NACIONALIDAD                  | TELÉFONOS               | CORREO ELECTRÓNICO             |                                               |                                                                      |
| DIRECCIÓN                     |                         | DISTRITO / PROVINCIA           |                                               | DEPARTAMENTO                                                         |
|                               |                         |                                |                                               |                                                                      |
| INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG. |                         | INDIQUE SU TALLA EN CM.        |                                               | INDIQUE SU PRESIÓN ARTERIAL                                          |

1/4

### 3. DATOS DEL CONTRATANTE (BENEFICIARIO PRINCIPAL)

|                                                   |               |
|---------------------------------------------------|---------------|
| CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO DE MAYNAS S.A. | 20103845328   |
| RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL                | RUC           |
| JR. PROSPERO NRO. 791                             | (065) 58 1770 |
| DOMICILIO (JR. CALLE, AVENIDA, NRO.)              | TELÉFONO      |
| IQUITOS                                           | MAYNAS        |
| DISTRITO                                          | PROVINCIA     |
|                                                   | LORETO        |
|                                                   | DEPARTAMENTO  |

### 4. INFORMACIÓN SOBRE EL PRESTAMO

| PRODUCTO | MONEDA | PLAZO | MONTO DEL PRÉSTAMO |
|----------|--------|-------|--------------------|
|          |        |       |                    |

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

Individual - Asegurado Titular ☐

Mancomunado – Asegurado Adicional ☐

| INFORMACIÓN REQUERIDA DEL 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?            |         |    |           |    |

Código SBS VI2077400142 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.: (01)211-0212 [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 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 ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |

#### AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN EL SIGUIENTE RECUADRO:

| Respuesta N° | Detalle ampliatorio |
|--------------|---------------------|
|              |                     |
|              |                     |
|              |                     |

## 5. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Todo prestatario con solicitud de crédito mayor a S/. 50,000 ó su equivalente en moneda extranjera, o en caso el prestatario tenga 60 años o más de edad estará obligado a llenar una Declaración Personal de Salud (DPS). La Caja podrá aprobar directamente dichas solicitudes siempre que el prestatario se encuentre en

perfecto estado de salud según lo declarado en la DPS y en caso no le corresponda exámenes médicos de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad. Los créditos que sean inferiores al monto límite (< S/. 50,000) no se encuentran exentos de la exclusión de enfermedades preexistentes.

2/4

| EDADES                  | MONTOS                         | EXÁMENES  |
|-------------------------|--------------------------------|-----------|
| Hasta 41 años           | Hasta US\$ 120,000             | A         |
|                         | De US\$ 120,001 a US\$ 150,000 | A + B     |
|                         | De US\$ 150,001 a más          | A + B + C |
| Desde 42 años a 51 años | Hasta US\$ 100,000             | A         |
|                         | De US\$ 100,001 a US\$ 130,000 | A + B     |
|                         | De US\$ 130,001 a más          | A + B + C |
| Desde 52 años           | Hasta US\$ 60,000              | A         |
|                         | De US\$ 60,001 a US\$ 80,000   | A + B     |
|                         | De US\$ 80,001 a más           | A + B + C |

#### Definiciones:

**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 HIV.

#### 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.

## 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](http://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.

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

Usted, en calidad de contratante y/o asegurado identificado según los datos personales registrados en la 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 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.**

Marcar con un aspa: **Sí 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>

3/4

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.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.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: Sí Acepto ☐ / No acepto ☐

#### 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4/4

**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.

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.

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