La Positiva Vida

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN EN GRUPO

Se debe contestar todas las preguntas con letra legible:

1. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR:

	DNI ☐ CE ☐ RUC ☐ PAS ☐	
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	N.° DOCUMENTO
	/ / F ☐ M ☐	S ☐ C ☐ D ☐ Conviviente ☐
NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO / GÉNERO	ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN	DISTRITO / PROVINCIA	DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONOS	

Indique su peso actual en kg	Indique su talla en cm	Indique su presión arterial

2. ASEGURADO ADICIONAL (en caso corresponda):

	DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐	
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	N.° DOCUMENTO
	/ / F ☐ M ☐	S ☐ C ☐ D ☐ Conviviente ☐
NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO / GÉNERO	ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN	DISTRITO / PROVINCIA	DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONOS	

Indique su peso actual en kg	Indique su talla en cm	Indique su presión arterial

3. DATOS DEL CONTRATANTE (BENEFICIARIO PRINCIPAL):

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

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			

V. 10/2026

Código SBS: VI2077400142

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros
Calle Francisco Masías N.° 370, San Isidro, Lima – Perú RUC: 20454073143 Teléfono (01) 211-0211 www.lapositiva.com.pe

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 ?				

AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN EL SIGUIENTE RECUADRO:

Respuesta N.º	Detalle ampliatorio

5. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

Todo prestatario con solicitud de crédito mayor a S/ 60,000 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/ 60,000) no se encuentran exentos de la exclusión de enfermedades preexistentes

EDADES	MONTOS	EXAMENES
Hasta 41 años	Hasta S/ 430,000	A
	De S/ 430,001 a S/ 560,000	A + B
	De S/ 560,001 a más	A + B + C
Desde 42 años a 51 años	Hasta S/ 370,000	A
	De S/ 370,001 a S/ 470,000	A + B
	De S/ 470,001 a más	A + B + C
Desde 52 años	Hasta S/ 240,000	A
	De S/ 240,001 a S/ 290,000	A + B
	De S/ 290,001 a más	A + B + C

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros
Calle Francisco Masías N.° 370, San Isidro, Lima – Perú RUC: 20454073143 Teléfono (01) 211-0211 www.lapositiva.com.pe

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.

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.
La Positiva Vida podrá solicitar exámenes médicos adicionales a los detallados en las condiciones de asegurabilidad, de considerarlo necesario para la evaluación del riesgo. Dichos exámenes serán coordinados y asumidos por el cliente. Asimismo, de acuerdo con los resultados de la evaluación de suscripción, podrá aplicarse un recargo en la cobertura, de corresponder.

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.

7. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Titular del banco de datos: La Positiva Vida Seguros y Reaseguros S.A., con RUC N° 20454073143 (en adelante "**LA ASEGURADORA**"), con domicilio en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro - Lima.
Seguridad: LA ASEGURADORA, conforme a lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, adopta medidas legales, organizativas y técnicas para garantizar la seguridad de los datos de los usuarios, aplicando altos estándares de seguridad y evitando así su alteración, pérdida, tratamiento indebido o acceso no autorizado.
Alcance: Esta Política se aplica a todos los datos personales recopilados a través de los servicios de aseguramiento de **LA ASEGURADORA**, ya sea en atención presencial, medios digitales (sitio web, aplicaciones móviles), servicios telefónicos, telemedicina u otros canales de atención.
Finalidades: LA ASEGURADORA tratará los datos personales que los usuarios proporcionen a efectos de preparar y/o ejecutar las relaciones contractuales que estos mantengan con ella y/o que pudieran tener en el futuro, considerando las finalidades adicionales que hubieran autorizado, de ser el caso. A tal efecto, se podrán realizar análisis estadísticos y/o analíticos y/o de comportamiento del cliente, lo cual puede incluir, la elaboración de perfiles y la gestión de decisiones automatizadas, así como para que se evalúe la calidad y satisfacción con el producto o servicio brindado.
Los datos personales que podrán ser materia de tratamiento incluyen, además de la información que los usuarios proporcionen, aquellos datos a los que **LA ASEGURADORA** tenga acceso de manera legítima y/o en el marco de la prestación de sus servicios.
Se podrán tratar y compartir los datos personales de los usuarios con autoridades y terceros autorizados por ley, con la finalidad de cumplir con las obligaciones señaladas en normas aplicables a **LA ASEGURADORA.**
En caso los usuarios no proporcionen los datos personales necesarios u obligatorios para contratar alguno de los productos y/o servicios ofrecidos por **LA ASEGURADORA**, no será posible brindárselos.
Conservación y almacenamiento: Los datos de los usuarios serán tratados y conservados mientras estos mantengan una relación contractual con **LA**

ASEGURADORA y hasta por 10 años siguientes de culminada la misma. La información será almacenada en el banco de datos de "Clientes" registrado con código RNPDP-PJP N° 3899 en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales.

Destinatarios, transferencia nacional e internacional de datos: Exclusivamente para las finalidades antes descritas se tratarán los datos personales de los usuarios a través de encargados de tratamiento a nivel nacional y/o internacional (flujo transfronterizo), lo cual incluye a las subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o empresas miembro del grupo económico al que pertenece **LA ASEGURADORA**, conforme al listado que se encuentra en el siguiente enlace: www.lapositiva.com.pe/destinatarios

A los encargados de tratamiento les son de aplicación las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales que a **LA ASEGURADORA.**

Seguridad de los datos: Se ha adoptado lo siguiente: (i) implementación de medidas de seguridad físicas, técnicas y organizativas para proteger los datos de accesos no autorizados, pérdida o alteración, (ii) restricción del acceso a la información sólo al personal autorizado, y (iii) protocolos para el manejo de incidentes de seguridad de la información.

Videovigilancia: Para garantizar la seguridad de los usuarios y del personal, **LA ASEGURADORA** cuenta con sistemas de videovigilancia en sus instalaciones. Las imágenes se almacenan con acceso restringido.

Datos personales de menores de edad: En el caso de menores de 18 años, se requiere el consentimiento de los padres o tutores para el tratamiento de sus datos personales. Se exceptúan los casos en que sea necesario para la atención médica urgente del menor.

Ejercicio de derechos ARCO: Los usuarios pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición e información comunicándose a través del correo electrónico derechosarco@lapositiva.com.pe o en cualquiera de las oficinas de **LA ASEGURADORA**, debiendo completar la "Solicitud de Ejercicio de Derecho ARCO" que se encuentra en el siguiente enlace: www.lapositiva.com.pe/solicitudesarco

Los usuarios pueden revocar el consentimiento para el tratamiento de sus datos en cualquier momento mediante dicho procedimiento. Asimismo, si consideran que sus derechos no han sido atendidos pueden acudir a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de actualizar esta Política de Privacidad cuando sea necesario. Cualquier cambio será informado a través de los canales oficiales.

FINALIDADES SECUNDARIAS

Autorizo y otorgo a La Positiva Seguros y Reaseguros S.A., La Positiva Vida Seguros y Reaseguros S.A., La Positiva S.A. Entidad Prestadora de Salud y a La Positiva Servicios de Salud S.A.C., mi consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que puedan dar tratamiento a mis datos personales con la finalidad secundaria que a continuación se menciona:

Tratar mis datos personales para fines publicitarios y de prospección comercial, para que sean ofrecidas y/o compartidas invitaciones a eventos, novedades, información, encuestas, descuentos y/u ofertas que pueden resultar de mi interés, nuevos productos y/o servicios, a través de cualquier medio de comunicación físico, tradicional y/o electrónico, incluidos SMS, llamadas telefónicas, correos electrónicos, redes sociales, mensajería instantánea y/o plataformas digitales.

Si acepto _____ No acepto _____

Esta autorización es facultativa. El no proporcionarla no afectará la prestación del servicio o producto solicitado. A esta autorización le son de aplicación los mismos términos que a la Política de Privacidad.

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