

NOMBRE DEL SEGURO

IMPORTANTE: La solicitud y el informe médico forman parte del contrato de seguro. La adecuada respuesta a las preguntas consignadas en ambos documentos, constituyen la base técnica para la aceptación al seguro solicitado. Las respuestas a esta solicitud deben ser hechas de puño y letra del solicitante, con la mayor claridad y precisión, en forma legible, sin tachones ni enmendaduras, con un sólo tipo de letra y tinta.

N° de Póliza Reemplazada	Plan	Inicio de vigencia	Capital por asegurar	Póliza N°

1. DATOS DEL SOLICITANTE ASEGURADO

Apellido Paterno y Materno		Nombres			Código de Cliente
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	DNI
Dirección particular		Distrito			Provincia
Dirección de cobranza		Distrito			Provincia
Centro de trabajo	Cargo o posición		Correo electrónico		
Dirección de trabajo		Distrito			Provincia

2. DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social	RUC	Teléfono	Página web
Dirección		Relación o parentesco con el Asegurado	

3. DATOS DEL SEGURO

Coberturas adicionales	Forma de Pago	Cobranza
Doble indemnización por la muerte accidental (dima) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Exoneración de pago de primas por invalidez (E.P.P.I) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Invalidez por enfermedad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Invalidez por accidente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Anual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>	Cargo en Cta. Cte. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Descuento por planilla de sueldos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Banco _____ N° Cta. Cte. _____ T/C Visa / Amex / MC _____

4. DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

Identificar claramente con letra de imprenta, indicando nombres completos, apellido paterno, materno, edad, parentesco y porcentaje de capital asegurado.

Nombre completo	DNI	Edad	Parentesco	% Cap. Asegurado

5. DATOS ADICIONALES

	SI	NO	
¿Alguna Compañía de Seguros ha rechazado asegurar su vida o salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Algún seguro de vida le fue aceptado con cobro de extraprima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, de detalles:			
¿Ha sufrido alguna vez amenazas contra su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene usted algún seguro de vida individual o accidentes personales vigente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, de detalles:			
Ramo	Compañía	Número de Póliza	Monto Asegurado

Firma del solicitante

Firma y sello del contratante

6. DATOS DEL CORREDOR Y/O ASESOR

Razón Social / Nombres y apellidos
Código del Corredor

Firma y sello del Corredor

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA**REQUERIMIENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO**

--	--	--	--

EVALUACIÓN DEL MÉDICO AUDITOR

Aceptado	Rechazado
Examen adicional	

Firma del Médico Auditor

Fecha _____

Aceptado	Rechazado
----------	-----------

Firma del Médico Auditor

Fecha _____

LIQUIDACIÓN DE LA PRIMA

Prima Básica Anual		TOTAL
Claúsulas Adicionales		
Doble Indemnización por Muerte Accidental (D.I.M.A.)		
Exoneración de Pago de Primas por Invalidez (E.P.P.I.)		
Invalidez por Enfermedad		
Invalidez por Accidente		
Recargo		
Derecho de Emisión		
Total		

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (INFORMACIÓN CONFIDENCIAL)

Este formulario debe ser llenado de puño y letra por el solicitante, en letra legible. Favor responder a todas las preguntas. Cualquier declaración que no se ajuste a la verdad, invalida los beneficios de la póliza.

1. INFORMACIÓN EXACTA SOBRE SU OCUPACIÓN (DEBERÁ RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS)

1. a. Detalle de su actividad dentro de la empresa: _____
1. b. Lugar de Trabajo: Oficina Fábrica Taller Calle Otro: _____
1. c. Sus ingresos mensuales brutos aproximados son: _____ Anuales: _____
1. d. Horario: Diurno Nocturno Mixto
1. e. En el ejercicio de su profesión u ocupación, ¿Está expuesto a peligros? ¿Cuáles? (favor indicar)

Tiene contacto con máquinas, corriente eléctrica, materias nocivas para su salud?

1. f. Medio de Transporte: Auto propio Autobús Otro _____
1. g. Frecuencia de viajes (Trabajo) Semanal Mensual Frecuencia _____
1. h. Viaja usted en helicópteros, aviones militares, de instrucción, avionetas, aviones particulares o cualquier otro medio de transporte de línea NO comercial? _____

2. DEPORTES Y AFICIONES (DEBERÁ RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS)

- 2.a. ¿Practica deportes? SI NO Detalle _____
- 2.b. ¿Carrera de Autos? SI NO
- 2.c. ¿Artes marciales, box, lucha libre? SI NO
- 2.d. ¿Alpinismo? SI NO
- 2.e. ¿Uso de motos? SI NO
- 2.f. ¿Motonáutica, caza, buceo? SI NO
- 2.g. ¿Otro deporte peligroso? SI NO
- Indicar si desea cubrir el riesgo _____

3. CUESTIONARIO GENERAL, HÁBITOS (DEBERÁ RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS)

- 3.a. Estatura _____ mts. _____ Peso _____ Kg. ¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses? SI NO
Indique la causa _____
- 3.b. Presión Arterial Alta Baja Normal
- 3.c. ¿Ha fumado en los últimos 12 meses? SI NO ¿Desde cuándo fuma? _____
Consumo Actual _____ Cigarrillos / Día
- 3.d. ¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas? SI NO Frecuencia: _____

4. HISTORIA FAMILIAR (DEBERÁ RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS)

- 4.a. Han padecido o padecen sus padres y hermanos:
- | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Insuficiencia renal | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Afecciones cardíacas | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Hipertensión arterial | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Cáncer | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Trastornos mentales | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | |
- En caso afirmativo, dar detalles _____

4.b.

Familiar	Edad	Vivos / Estado de salud	Edad de fallecimiento	Fallecidos: Causa de fallecimiento

5. Sólo Mujeres (Deberá responder a todas las preguntas)

5. a. ¿Toma usted anticonceptivos? SI NO
5. b. ¿Está usted embarazada? SI NO Meses de embarazo: _____
5. c. ¿Cuándo fue su último examen de Papanicolau? Fecha : _____ Resultado: _____
5. d. ¿Cuándo fue su última Mamografía? Fecha: _____ Resultado: _____
5. e. ¿Sufre Usted, ha sufrido o mantiene tratamiento médico por alteraciones menstruales, hemorragias menstruales, desórdenes de los órganos reproductivos, miomas uterinos o quistes, abortos, enfermedades transmitidas sexualmente? SI NO

6. Indique si sufre o ha sufrido o lo han tratado anteriormente de (Deberá responder a todas las preguntas)

En caso afirmativo de detalles: _____

- 6.a. Adicción a drogas o alcoholismo por las cuales haya sido hospitalizado o recibido tratamiento SI NO _____
- 6.b. Alteración del estómago o intestinos o hígado, hemorroides, hernia, páncreas, úlceras o vesícula SI NO _____
- 6.c. Artritis, artrosis, artritis deformativa, reumatismo, gota, varices o padecimiento de la espina dorsal SI NO _____
- 6.d. Bocio, alteración de la tiroides, diabetes, colesterol alto u otra alteración endocrina o metabólica SI NO _____
- 6.e. Cálculo en, los riñones o vesícula, alteración en los riñones o vejiga, frecuencia urinaria o ardor SI NO _____
- 6.f. Epilepsia, convulsiones, parálisis, enfermedades mentales o nerviosas, mareos, doleres de cabeza, desmayos o alguna otra enfermedad del sistema nervioso SI NO _____
- 6.g. Patología cardiaca, angina de pecho, alteraciones de la presión arterial, anemia, fiebre reumática, infarto al miocardio SI NO _____
- 6.h. Cáncer, tumores, enfermedades de los gangleos linfáticos SI NO _____
- 6.i. Cataratas u otras alteraciones de los ojos, nariz, oídos o garganta SI NO _____
- 6.j. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionada al SIDA SI NO _____
- 6.k. Tuberculosis, enfermedades pulmonares, asma o bronquitis, pleurecía, tos, ronquera persistente SI NO _____
- 6.l. Alteración de la próstata, enfermedades transmitidas sexualmente SI NO _____
- 6.m. ¿Le han practicado los siguientes exámenes médicos?
- | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|--------------|
| Resonancia Médica - TAC | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Fecha _____ | Resultado _____ | Motivo _____ |
| Radiografía de tórax | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Fecha _____ | Resultado _____ | Motivo _____ |
| Electrocardiograma | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Fecha _____ | Resultado _____ | Motivo _____ |
| Electroencefalograma | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Fecha _____ | Resultado _____ | Motivo _____ |
| Examen de orina | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Fecha _____ | Resultado _____ | Motivo _____ |
| Examen de sangre | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Fecha _____ | Resultado _____ | Motivo _____ |

6.n. ¿Tiene conocimiento de padecer o haber padecido cualquier trastorno, síntoma, enfermedad o lesión grave, que no se haya mencionado en la pregunta anterior?

Favor contestar SI NO En caso afirmativo, detallar: _____

- 6.o. ¿Tiene que ser hospitalizado próximamente? SI NO Detalle _____
- 6.p. ¿Ha sido o va a ser usted intervenido quirúrgicamente? SI NO Detalle _____

¿Toma usted algún medicamento? SI NO ¿Indique cuál y porqué? _____

Detalle de los médicos que usted ha consultado en los últimos 5 años:

Nombre	Dirección	Fecha de consulta	Motivo / Causa

El solicitante declara que las informaciones suministradas y contenidas en la presente solicitud son verdícas reconociendo que las mismas constituyen la base del contrato de seguro y que una declaración falsa implica nulidad de la póliza. Autorizando expresamente a cualquier médico a proporcionar a **La Positiva Vida Seguros y Reaseguros**, información documentada del tratamiento al que haya sido sometido, sin limitación alguna. La recepción de la presente solicitud de parte de **La Positiva Vida** genera obligación de entregar la póliza correspondiente al contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario desde la fecha de recepción, si no media rechazo previo de la solicitud. En caso se haya entregado la póliza al Contratante y el Asegurado sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la póliza a **La Positiva Vida**, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.

Fecha: _____ Firma del Solicitante _____