

## SOLICITUD DE SEGURO ONCOLÓGICO INTERBANK

La presente Solicitud forma parte del contrato de seguro. La adecuada respuesta a las preguntas aquí consignadas constituye la base técnica para la aceptación del seguro solicitado. Las respuestas a esta solicitud deben ser hechas con la mayor claridad y precisión, en forma legible, sin tachones ni enmendaduras, con un solo tipo de letra y tinta.

FAVOR COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA EN ESTE FORMULARIO SI DESEA SOLICITAR ESTE SEGURO CON LETRA MAYÚSCULA Y LEGIBLE.

### 1. DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR

|   |             |               |
|---|-------------|---------------|
| BANCO INTERNACIONAL DEL PERÚ - INTERBANK                                | 20100053455 | (01) 311-9000 |
| RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL                                      | RUC         | TELÉFONOS     |
| AV. CARLOS VILLARÁN N.º 140 URB. SANTA CATALINA, SAN ISIDRO, LIMA, LIMA |             |               |
| DIRECCIÓN   |             |               |

### 2. RESPONSABLE DE PAGO (en caso el responsable no sea el asegurado titular)

|                        |                    |                     |                           |
|------------------------|--------------------|---------------------|---------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS    |                    | FECHA DE NACIMIENTO |                           |
| DNI   CE   PASAPORTE   | M   F              | TELÉFONO            |                           |
| TIPO DE DOCUMENTO      | Nº                 | SEXO                | NACIONALIDAD              |
| DIRECCIÓN              |                    | DISTRITO            |                           |
| PROVINCIA/DEPARTAMENTO | CORREO ELECTRÓNICO | PROFESIÓN/OCUPACIÓN | RELACIÓN CON EL ASEGURADO |

### 3. DATOS DEL ASEGURADO

|                                 | Titular     | Adicional 1 | Adicional 2 | Adicional 3 | Adicional 4 |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Apellido Paterno                |             |             |             |             |             |
| Apellido Materno                |             |             |             |             |             |
| Nombres                         |             |             |             |             |             |
| DNI/CE                          |             |             |             |             |             |
| Nº Documento                    |             |             |             |             |             |
| Nacionalidad                    |             |             |             |             |             |
| Fecha de Nacimiento             | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ |
| Género                          |             |             |             |             |             |
| Parentesco                      |             |             |             |             |             |
| Estado Civil                    |             |             |             |             |             |
| Dirección del Asegurado Titular |             |             |             |             |             |
| Distrito                        |             |             |             |             |             |
| Provincia/ Departamento         |             |             |             |             |             |
| Teléfono                        |             |             |             |             |             |
| Correo Electrónico              |             |             |             |             |             |

### 4. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

| Personas a asegurar  | Titular |    | Adicional 1 |    | Adicional 2 |    | Adicional 3 |    | Adicional 4 |    |
|--|---------|----|-------------|----|-------------|----|-------------|----|-------------|----|
|  | Sí      | No | Sí          | No | Sí          | No | Sí          | No | Sí          | No |
| ¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por cáncer o alguna enfermedad oncológica? |         |    |             |    |             |    |             |    |             |    |

Código SBS AE0416400250 Póliza adecuada a la Ley N.º 29946 y sus normas reglamentarias

La Positiva Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.º 370, San Isidro, Lima – Perú RUC.: 20100210909 Telf.: (511)211-0000 www.lapositiva.com.pe

Si respondió afirmativamente a alguna pregunta, por favor complete el detalle requerido en el siguiente cuadro.

| Persona     | Diagnóstico o dolencia | Fecha de Diagnóstico | Cirugía o procedimiento realizado | Fecha de cirugía | Cirugía/Hospital | Médico Tratante |
|-------------|------------------------|----------------------|-----------------------------------|------------------|------------------|-----------------|
| Titular     |                        |                      |                                   |                  |                  |                 |
| Adicional 1 |                        |                      |                                   |                  |                  |                 |
| Adicional 2 |                        |                      |                                   |                  |                  |                 |
| Adicional 3 |                        |                      |                                   |                  |                  |                 |
| Adicional 4 |                        |                      |                                   |                  |                  |                 |

La información contenida en este documento tiene el carácter y compromiso de declaración jurada y determina que el Asegurado Titular, suscriptor de la misma, conoce y por lo tanto declara con verdad y suficiencia de conocimiento sobre la condición de salud y antecedentes médicos de cada una de las personas propuestas en la

solicitud de seguro como asegurados. Asimismo, el Asegurado Titular autoriza a La Positiva si lo considera necesario, poder tener acceso a la revisión de la historia clínica que declara con fines de auditoría, fiscalización, continuidad y control de beneficios.

## 5. AUTORIZACIÓN DE CARGO EN CUENTA A TRAVÉS DEL CONTRATANTE O RESPONSABLE DE PAGO

Yo (Nombre/Apellidos) \_\_\_\_\_ autorizo al Interbank a cargar la prima de seguro, durante la vigencia de la póliza, en forma mensual:

CUENTADEAHORROS  CUENTACORRIENTE  , MONEDA: ME  MN

\_\_\_\_\_, TARJETA DE CRÉDITO  VISA  MASTERCARD

Nº DE CUENTA

MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

FECHA DE VENCIMIENTO

Nº DE TARJETA DE CRÉDITO

Mediante la presente, autorizo a Interbank a cargar a mi tarjeta de crédito y/o cuenta de ahorros Interbank, indicada en la presente solicitud, la prima mensual correspondiente al Seguro Oncológico. El importe de cargo será el monto de la prima; siendo de entera responsabilidad del Asegurado Titular/ Responsable de Pago que su tarjeta de crédito y/o cuenta de ahorros Interbank se encuentre disponible y con el crédito necesario para realizar dicho cobro.

Los cargos de las primas del seguro de las tarjetas de crédito y/o cuentas de ahorro afiliadas se realizarán en el día de la contratación del seguro, siendo su fecha de cobranza para los meses siguientes, las mismas que podrá ser visualizada por el Asegurado Titular/ Responsable de Pago al corte de la facturación según tipo de tarjeta y fecha de facturación y/o en los movimientos en caso de cargo en cuenta de ahorros.

Asimismo, mediante la presente, extiendo la autorización de débito automático a la tarjeta de crédito y/o débito Interbank, según corresponda, que sea en razón a renovación, extravío, pérdida, robo o cambio de tarjeta. En dichos supuestos, el Asegurado Titular/ Responsable de Pago está obligado a informar al banco, siendo este último responsable de informar a La Positiva. En caso de falta de comunicación por parte del asegurado, el banco no será responsable de la suspensión de la cobertura de seguro y/o extinción del contrato de seguro que La Positiva pueda aplicar por falta de pago de la prima mensual.

Interbank no será responsable en los casos en los que no se pueda realizar el cargo por no contar con línea suficiente en la tarjeta y/o saldo en cuenta de ahorros. En caso que, no se pueda debitar el monto de la prima pactada, se dará la extinción del certificado de seguro una vez transcurrido

noventa (90) días calendario, siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en el contrato.

El Asegurado Titular/Responsable de Pago reconoce que se podrá efectuar la desafiliación de los débitos automáticos solicitados. La desafiliación se podrá realizar hasta cuarenta y ocho (48) horas antes de la fecha de vencimiento del pago de la prima mensual. De no respetar el plazo, la desafiliación operará a partir del siguiente cargo recurrente. La desafiliación podrá ser realizada acercándose a cualquiera de las agencias de Interbank o a través de su Banca Telefónica.

El pago por el presente servicio será encargado en la cuenta de ahorro, cuenta corriente o tarjeta de crédito indicado por el Asegurado/Responsable de Pago los días 09 o 24 del mes en que corresponda efectuar los pagos siempre que esta cuenta con una línea disponible y suficiente fondo disponible para efectuar el cargo total del importe facturado por la Compañía. En caso que el medio de pago del Asegurado/Responsable de Pago no cuente con saldo, el Banco aplicará el monto recurrente todos los días hasta efectuar el cobro del costo del servicio. El Banco no será responsable en los casos en los que no se pueda realizar el cargo por saldo insuficiente.

Queda acordado entre las partes que Interbank es responsable únicamente por las solicitudes que se tramiten y procesen a través de éste.

Si la obligación materia del presente servicio fuera cancelable en moneda distinta a la moneda de la cuenta indicada por el Asegurado Titular/Responsable de Pago. El Banco procederá a realizar la conversión de moneda al tipo de cambio que tenga vigente en la fecha de la respectiva operación.

2/11

## 6. TÉRMINOS IMPORTANTES

1. En el caso que la cuenta esté anulada o imposibilitada de aceptar cargos la solicitud de seguro no procederá.
2. Con la suscripción de la presente solicitud de seguro oncológico, el Asegurado Titular reconoce haber tomado conocimiento del contenido total del "Condicionado General y Particular" que comprende el detalle de las prestaciones, condiciones y exclusiones del presente seguro oncológico y declara haberlo recibido, constituyendo la firma de la presente solicitud la constancia de recepción del referido condicionado.
3. El Asegurado Titular declara conocer que las condiciones y coberturas del presente seguro son exclusivos para clientes de Interbank, por lo cual serán exigibles siempre que se mantenga la relación comercial tanto entre el Asegurado Titular e Interbank como entre esta última y La Positiva.

## 7. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

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 anula el contrato de seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 8° de La Ley del Contrato de Seguro, quedando La Positiva Seguros liberada de cualquier responsabilidad.

Declaro que he tomado conocimiento directo de todas 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)

Autorizo expresamente a La Positiva Seguros, 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.

## 8. LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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-PJP N°3899 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 Vida Seguros y Reaseguros S.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

Finalmente, le informamos que Usted está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, cancelación y/u oposición frente al tratamiento de sus Datos Personales, a través de lo indicado en [www.lapositiva.com.pe](http://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 requiera información adicional en el referido plazo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Vendedor

\_\_\_\_\_  
Responsable del Pago

\_\_\_\_\_  
Asegurado Titular