

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL SEGURO DE RENTA ESTUDIANTIL

1. DATOS DE LA PÓLIZA

Nro. Solicitud	Fecha Solicitud	Fecha inicio vigencia
Nro. Póliza	Código de Oficina	Supervisor
Nombre del Asesor		Código del Asesor
Producto anteriormente contratado:		

2. CONTRATANTE (LLENAR CON LETRA IMPRENTA Y MARCAR CON "X" DONDE CORRESPONDA)

Apellidos Paterno y Materno		Nombres		Sexo	DNI / CE
Fecha Nacimiento	Estado Civil	Nacionalidad:	Telf. Casa	Telf. Trabajo	Telf. Celular
	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> C <input type="radio"/> V <input type="radio"/> D				
Dirección		Distrito		Provincia	Departamento
Correo electrónico				Edad	
Actividad económica a la que se dedica:					

3. ASEGURADO (LLENAR CON LETRA IMPRENTA Y MARCAR CON "X" DONDE CORRESPONDA)

Apellidos y Nombres			Sexo	Fecha Nacimiento	Edad	DNI / CE
Estado Civil	Nacionalidad	Telf. Casa	Telf. Trabajo	Telf. Celular		
Dirección			Distrito	Provincia / Departamento		
Indique su peso actual en Kg.		Indique su talla en cm.		Indique su presión arterial		
Ocupación o Actividad						

4. BENEFICIARIO DE LA COBERTURA DE RENTA ESTUDIANTIL

(LLENAR CON LETRA IMPRENTA Y MARCAR CON "X" DONDE CORRESPONDA)

Apellidos y Nombres		Parentesco	Sexo	Fecha Nacimiento	Edad	DNI / CE
Centro de Estudios		Año / Grado			Pensión Mensual Actua	

5. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/ASEGURADO:

Sírvase responder esta declaración por usted o alguno de sus dependientes incluidos en esta solicitud:

- | | |
|--|---------------|
| a) ¿Ha padecido alguna enfermedad que les haya obligado a interrumpir en los últimos cinco (05) años su actividad profesional durante más de quince (15) días consecutivos | SI () NO () |
| b) ¿Han sufrido algún accidente o tienen alguna alteración física? | SI () NO () |
| c) ¿Han sido intervenido(s) quirúrgicamente en el último año? | SI () NO () |
| d) ¿Tienen alguna enfermedad grave como cáncer, tumores malignos, insuficiencia renal, secuela de accidente cerebro vascular (ACV), Sida o enfermedad congénita? | SI () NO () |
| e) ¿Padecen de taquicardias, angina de pecho, derrame cerebral, diabetes, epilepsia? | SI () NO () |
| f) ¿Considera usted que se encuentran en perfecto estado de salud? | SI () NO () |

En caso de responder SI a cualquiera de las preguntas arriba indicadas (excepto f), sírvase especificar:

L°	Diagnóstico/Causa	Mes / Año	Tratamiento Actual (Sí/No)	Fecha último Episodio	Nombre del médico tratante/Centro Médico

L° = Literal de Cuestionario de Declaración de Salud.

6. FORMA DE PAGO

Tarjeta de crédito - Número de Tarjeta:
 - Banco emisor:
 - Tipo: VISA Mastercard American Express

Al contado:

7. DECLARACIÓN

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas. La reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado, que hubiese impedido la celebración del contrato de seguro o modificado sus condiciones si La Positiva Vida hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato de seguro si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado, 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 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

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.

En atención a la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, el solicitante declara expresamente que ha sido previamente informado y conoce la política sobre protección de datos personales establecida en las condiciones generales de la póliza. En tal sentido, el solicitante da su consentimiento voluntario, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia de sus datos personales y sensibles al banco de datos de titularidad de la Positiva Vida a nivel nacional.

Asimismo, autorizó a La Positiva Vida para que todas las comunicaciones relacionadas con la ejecución, prestaciones y cualquier modificación de las condiciones de la póliza sean remitidas alternativamente a mi correo electrónico consignado precedentemente.

8. 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. Si 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>

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 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-nlD2pG8](https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.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#politcatratamiento-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 considerarse 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: **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: _____

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.

La Aseguradora informará al Contratante dentro de los quince (15) días de formulada la solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en dicho plazo.

Fecha de declaración: _____

Firma del Solicitante/Contratante/Asegurado