

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA FAMILIA PROTEGIDA

SE DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS CON LETRA LEGIBLE:

1. DATOS DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR

CONTRATANTE		
NOMBRES Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO
DNI CE RUC	M F	S C D V CONVIENTE
TIPO DE DOCUMENTO N°	SEXO NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN PARTICULAR	DISTRITO / PROVINCIA	DEPARTAMENTO
DIRECCIÓN DE COBRANZA	DISTRITO / PROVINCIA	DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	OCCUPACIÓN

ASEGURADO TITULAR

Si el Asegurado Titular es igual al Contratante, deberá marcar en el cuadro y no llenar la siguiente información.

NOMBRES Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO
DNI CE RUC	M F	S C D V CONVIENTE
TIPO DE DOCUMENTO N°	SEXO NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN PARTICULAR	DISTRITO / PROVINCIA	DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	OCCUPACIÓN

Cuando el Asegurado sea una persona diferente al Contratante, el primero podrá revocar en cualquier momento su consentimiento a través de una comunicación escrita. Desde la fecha de recepción de la comunicación del Asegurado, La Aseguradora cesa la cobertura y el Contratante tendrá derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al periodo en que la póliza estuvo vigente.

2. GRUPO ASEGURADO (LLENAR CON LETRA IMPRENTA) GRUPO A GRUPO B

NRO	TIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	DNI
1	Int		F M			
2	Int		F M			
3	Int		F M			
4	Int		F M			
5	Int		F M			
6	Int		F M			
7	Int		F M			
8	Int		F M			
9	Adicional		F M			

Para la conformación del Grupo Asegurado, las opciones son:

-**Grupo A:** Conformado por el Asegurado Titular y su cónyuge o concubino, que al inicio del seguro tengan hasta 65 años, 11 meses y 29 días, pudiendo incluir a los hijos que tengan hasta 28 años, 11 meses y 29 días, al contratar el seguro.

-**Grupo B:** Conformado por un máximo de cinco (05) personas, que incluyen al **Asegurado Titular** y su cónyuge o concubino que al inicio del seguro tengan hasta 65 años, 11 meses y 29 días. Los otros tres (03) integrantes del grupo que al inicio del seguro no deben

exceder de 50 años 11 meses y 29 días, pueden no tener relación de parentesco con el Titular o su cónyuge o concubino.

En caso el Asegurado Titular y su cónyuge o concubino sean menores de 51 años al inicio del seguro, podrán incluir dentro del grupo asegurado a un integrante de hasta 65 años, 11 meses y 29 días. Los integrantes restantes no deberán exceder de los 50 años 11 meses y 29 días. Para ambos grupos se puede incluir un integrante adicional con una prima mensual de S/ 5.00 siempre que la edad de dicho integrante al inicio del seguro sea menor de 50 años.

3. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO - N°DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	% ASIGNADO

Si fueren dos o más los **Beneficiarios** designados, y no se consigna el porcentaje de participación, el importe se dividirá y abonará por partes iguales, sea cual fuera el vínculo de los **Beneficiarios** con el **Asegurado**. Si al momento de pagar el siniestro, se verifica que uno de los **Beneficiarios** falleció en forma previa al fallecimiento del **Asegurado**, la parte correspondiente al **Beneficiario** fallecido acrecerá la de los demás **Beneficiarios** designados, en forma proporcional a su participación. Ante la no designación de beneficiarios, las coberturas serán otorgadas en el siguiente orden de precedencia.

- a) Cónyuge o concubino.
- b) Hijos mayores de 18 años.
- c) Padres.
- d) Herederos legales del **Asegurado**, en partes iguales previa presentación de la Copia Literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada.

El beneficiario de los Asegurados Adicionales para las coberturas en caso de fallecimiento será el Asegurado Titular de la presente póliza.

4. VIGENCIA

Desde: las 12:00 horas del ___/___/___ Hasta: las 12:00 del ___/___/___ o hasta el fin del mes en que el asegurado cumpla con la edad límite de permanencia, en caso de haber contratado coberturas adicionales y solo para efecto de estos. Para las coberturas principales no existe edad de permanencia, siendo un seguro vitalicio. La vigencia del seguro es mensual, con renovación automática.

Los plazos estipulados en las condiciones generales son de aplicación en todos los casos por tratarse de un contrato con prestaciones continuas.

5. DATOS DEL PRODUCTO

Grupo Asegurado	GRUPO A <input type="checkbox"/>	Grupo B <input type="checkbox"/>	Integrante Adicional <input type="checkbox"/>	
Plan	Plan A <input type="checkbox"/>	Plan B <input type="checkbox"/>	Plan C <input type="checkbox"/>	Plan D <input type="checkbox"/>

6. COBERTURAS PRINCIPALES

Coberturas	Suma Asegurada			
	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
Indemnización por Sepelio	S/ 4,800	S/ 5,800	S/ 7,800	S/ 10,300
Indemnización por Luto	S/ 1,000	S/ 1,200	S/ 2,000	S/ 3,500
Reembolso por Traslado, hasta	S/ 300	S/ 300	S/ 300	S/ 300
Muerte Accidental	S/ 3,000	S/ 7,000	S/ 8,000	S/ 20,000
Desamparo Familiar Súbito	S/ 10,000	S/ 15,000	S/ 20,000	S/ 20,000
Prima comercial Mensual	S/ 45.00 <input type="checkbox"/>	S/ 50.00 <input type="checkbox"/>	S/ 63.00 <input type="checkbox"/>	S/ 85.00 <input type="checkbox"/>
Prima comercial Trimestral	S/ 131.60 <input type="checkbox"/>	S/ 146.30 <input type="checkbox"/>	S/ 184.30 <input type="checkbox"/>	S/ 248.60 <input type="checkbox"/>
Prima comercial Semestral	S/ 256.50 <input type="checkbox"/>	S/ 285.00 <input type="checkbox"/>	S/ 359.10 <input type="checkbox"/>	S/ 484.50 <input type="checkbox"/>
Prima comercial Anual	S/ 486.00 <input type="checkbox"/>	S/ 540.00 <input type="checkbox"/>	S/ 680.40 <input type="checkbox"/>	S/ 918.00 <input type="checkbox"/>

7. COBERTURAS ADICIONALES

Coberturas	Vida Positiva Ahorro	Vida Protección	Enfermedades Graves	
Asegurados	Solo el asegurado Titular	Solo el asegurado Titular	a) Titular : Mayor de 18 años y menor de 65 años de edad. b) Cónyuge o concubino(a): Menor de 65 años de edad. c) Hijos: Mayor de 3 años de edad pero menor de 29 años de edad(**)	
Muerte Natural	S/ 20,000	S/ 5,000	-	
Muerte Accidental	S/ 20,000	S/ 10,000	-	
Enfermedades Graves	-	-	S/ 5,000	
Prima comercial Mensual	S/ 12.00 <input type="checkbox"/>	S/ 5.00 <input type="checkbox"/>	S/ 10.00 <input type="checkbox"/>	
Prima comercial Trimestral	S/ 36.00 <input type="checkbox"/>	S/ 15.00 <input type="checkbox"/>	S/ 30.00 <input type="checkbox"/>	
Prima comercial Semestral	S/ 72.00 <input type="checkbox"/>	S/ 30.00 <input type="checkbox"/>	S/ 60.00 <input type="checkbox"/>	
Prima comercial Anual	S/ 144.00 <input type="checkbox"/>	S/ 60.00 <input type="checkbox"/>	S/ 120.00 <input type="checkbox"/>	
Integrante Adicional(*)	S/ 5.00 Mensual <input type="checkbox"/>	S/ 14.63 Trimestral <input type="checkbox"/>	S/ 28.50 Semestral <input type="checkbox"/>	S/ 54.00 Anual <input type="checkbox"/>

(*) El integrante Adicional solo estará asegurado bajo las coberturas principales.

(**) La permanencia de los asegurados es hasta antes de los 70 años de edad (69 años, 11 meses y 29 días), salvo en el caso de los hijos cuya cobertura se extingue al contraer matrimonio

8.PRIMA COMERCIAL TOTAL: S/

PRIMA COMERCIAL TOTAL + IGV: S/

Prima comercial total incluye los siguientes conceptos:

Cargos por la contratación de Promotores de Seguros: Comisión variable, porcentaje de la prima comercial mensual. Bonificaciones en base al cumplimiento de metas.

9. PORCENTAJE DE REVALORIZACIÓN DE SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS: 3.5% anual

Las primas y sumas aseguradas de todas las coberturas detalladas en el punto 6 del presente documento tendrán un incremento anual del % antes indicado.

10. FORMA DE PAGO

FECHA DE PAGO: / /

La prima será cancelada:

- Gestor comercial
 Oficina
 Descuento por planilla
 Cuenta Recaudadora BCP
- Cargo en cuenta - Cuenta bancaria
 Cargo en cuenta - Tarjeta de crédito

Cancelado de 20

Hemos recibido del Sr.(a) con DNI N° la suma de: S/ (Son Soles).

11. DATOS DEL ASESOR

Nombres y Apellidos	Canal Comercial	Canal de Venta SPF	Upselling <input type="checkbox"/>
Código	<input type="checkbox"/> FFVV RRVV	<input type="checkbox"/> Porteo	
Agencia / Oficina	<input type="checkbox"/> FFVV VIDA	<input type="checkbox"/> Módulo	
Teléfono Fijo / Celular	<input type="checkbox"/> FFVV SPF	<input type="checkbox"/> Referidos	
Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Puntos de Venta		

12. DATOS DEL SUPERVISOR

Nombres y Apellidos: Código:

Código SBS VI2078100134 Póliza adecuada a la Ley N.º 29946 y sus normas reglamentarias

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.º 370, San Isidro, Lima - Perú RUC: 20454073143 Telf: (511) 513-0000 www.lapositiva.com.pe

13. DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE / ASEGURADO / SOLICITANTE

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 recibido y 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.

14. 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

3/5

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/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERE&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#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 Llonca 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.

4/5

La Aseguradora informará al Contratante por medios físicos o electrónicos, de conformidad con lo pactado, 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.

El Asegurado autoriza a La Positiva el envío de la póliza, endosos, renovaciones, comprobantes de pago y toda comunicación relacionada al contrato del seguro a la dirección electrónica consignada en el presente documento. Cualquier modificación del correo electrónico deberá ser gestionada llamando a Línea Positiva al (01) 211-0212.

____/____/_____
Fecha de Declaración

Firma del Solicitante / Contratante

Firma del Asesor

Firma del Asegurado Titular

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD VIDA FAMILIA PROTEGIDA

Nombre Asegurado Titular	Documento de Identidad

1. DECLARACIÓN DE SALUD

	Titular
1. Estatura (mts)	
2. Peso actual (Kg)	

	Titular	1	2	3	4	5	6	7
3.-¿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?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4.-¿Han sufrido algún accidente o tienen alguna alteración física, que le impida desarrollarse con normalidad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.-¿Han sido intervenido(s) quirúrgicamente en el último año?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6.-¿Tienen alguna enfermedad grave como cáncer, tumores malignos, insuficiencia renal, secuela de accidente cerebrovascular (ACV), Sida o enfermedad congénita?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7.-¿Padecen de taquicardias, angina de pecho, derrame cerebral, diabetes, epilepsia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8.-¿Considera usted que se encuentra en perfecto estado de salud (no tiene alguna enfermedad adicional por declarar)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

2. AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN EL SIGUIENTE RECUADRO

Respuesta N°	Declaración de Enfermedad Preexistente

La reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el 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.

_____/_____/_____
Fecha de Declaración

Firma de Asegurado Titular / Contratante