

## SOLICITUD DE SEGURO RENTA HOSPITALARIA POSIVID-19

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.

PLAN I  | PLAN II  | PLAN III

INDICAR PLAN SOLICITADO

### 1. DATOS DEL CONTRATANTE

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL | RUC | TELÉFONOS

DIRECCIÓN | ACTIVIDAD ECONÓMICA

### 2. CANAL DE VENTA

CORREDORES  | PLATAFORMA  | FFV

NOMBRE DE ASESOR | CÓDIGO ASESOR

### 3. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE Y APELLIDOS | FECHA DE NACIMIENTO

DNI | CE | PASAPORTE | N° | M | F | NACIONALIDAD | TELÉFONO

DIRECCIÓN | DISTRITO

PROVINCIA/DEPARTAMENTO | CORREO ELECTRÓNICO | PROFESIÓN/OCUPACIÓN

1/3

### 4. DATOS DEL ASEGURADO

	Titular	Adicional 1	Adicional 2	Adicional 3	Adicional 4
Apellido Paterno					
Apellido Materno					
Nombres					
DNI/CE					
N.º Documento					
Nacionalidad					
Fecha de nacimiento	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Género					
Parentesco					
Ocupación					
Dirección del Asegurado Titular					
Distrito					

## 5. BENEFICIARIOS

### DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO:

	Beneficiario del Titular	Beneficiario del Adicional 1	Beneficiario del Adicional 2	Beneficiario del Adicional 3	Beneficiario del Adicional 4
Apellido Paterno					
Apellido Materno					
Nombres					
DNI/CE					
N.º Documento					

A falta de designación de Beneficiarios el cobro corresponde a los herederos legales. A los menores de edad no podrán asignarse beneficiarios, y en caso se haga, ésta se tendrá por no puesta, correspondiendo cobrar la cobertura a los herederos legales del menor.

El Asegurado es beneficiario de las demás coberturas contratadas, autorizando al beneficiario de la cobertura de fallecimiento a gestionar y realizar el cobro de cualquiera de las otras coberturas, en caso de su impedimento.

## 6. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

El Asegurado Titular declara (respecto a su persona y/o Asegurados Adicionales) lo siguiente:

Declaro haber sido informado que la cobertura de este seguro sólo aplica al primer diagnóstico de la enfermedad COVID-19, es decir, la prueba para su detección debe haber sido realizada por primera vez durante la vigencia de este seguro.

Toma conocimiento que en caso que alguno de los asegurados hayan sido diagnosticados por la enfermedad de COVID-19 antes de la contratación de esta póliza, esta será una preexistencia por la que el seguro no activará las coberturas ni para el Titular ni

para los Asegurados Adicionales.

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.

2/3

## 7. FORMA DE PAGO: Contado (1 cuota)

## 8. AUTORIZACIÓN PARA ENVÍO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA

Autorizo a que me envíen al correo indicado en el presente documento la presente póliza, endosos y renovaciones. Para ello, declaro haber tomado conocimiento de que el envío electrónico de la póliza tiene las siguientes características:

- **Ventajas:** Rapidez para obtenerla, fácil acceso, siempre disponible y contribuye al medio ambiente.
- **Procedimiento:** La póliza de seguro será remitida al correo electrónico brindado, en el plazo de 15 días de presentada la presente solicitud del seguro. Los sistemas de La Positiva confirmarán de manera automática la recepción de la misma al momento de su lectura.

- **Medidas de Seguridad:** La póliza de seguros será remitida a través de un correo electrónico certificado que cuenta con firmas electrónicas, lo cual permite acreditar la autenticidad e integridad del documento remitido.
- **Posibles Riesgos:** El acceso al contenido y la capacidad de almacenamiento de la cuenta de correo electrónico es de mi responsabilidad, por lo que se debe mantener la cuenta de correo habilitada y en condiciones operativas para la recepción de la póliza de seguros.

Cualquier modificación del correo electrónico debe ser comunicada a [lineapositiva@lapositiva.com.pe](mailto:lineapositiva@lapositiva.com.pe)

## 9. INFORMACIÓN ADICIONAL

Las declaraciones expresadas en la presente solicitud tienen calidad de declaración jurada. Cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si LA POSITIVA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.

LA POSITIVA deberá entregar la Póliza de Seguro al CONTRATANTE y/o ASEGURADO dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro. 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, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.

## 10. IMPORTANTE

La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de la COMPANÍA, la aceptación de la Solicitud de Seguro se evidencia con la emisión de la póliza del seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el CONTRATANTE o ASEGURADO en los términos estipulados por la COMPANÍA, en tanto hubieran proporcionado información veraz.

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 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.

## 11. 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.

## 12. POLÍTICA DE PRIVACIDAD

En atención a la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales -, su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, el Asegurado queda informado que los datos que ha proporcionado serán tratados por la Aseguradora, cuyo domicilio se encuentra indicado en el presente documento, para la preparación, celebración y la ejecución de la presente relación contractual. Dichos datos serán incorporados a los bancos de datos de La Aseguradora, los cuales cuentan con estrictas medidas de seguridad.

De igual manera, La Positiva utiliza estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio.

La Aseguradora podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, pudiéndose realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

El Asegurado 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 almacenado 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/o oposición frente al tratamiento de sus Datos Personales, a través de lo indicado en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe).

Las condiciones del seguro elegido no aplican para asegurados que desempeñen actividades en instalaciones de salud o integren las Fuerzas Armadas, PNP, desempeñen actividades de vigilancia municipal (serenazgo) o servicios funerarios. De emitirse una póliza bajo estas condiciones, la misma será nula respecto a ese asegurado.

\_\_\_\_\_  
/ /  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Contratante

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