

SOLICITUD CERTIFICADO MICROSEGURO MULTIRIESGO DE ACCIDENTES Y SALUD POR INDEMNIZACIÓN

| 1. Datos de la Empresa | | | | |
|--|------------------|---|--------------------|-----------------|
| Nombre: LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS | | | RUC: 20100210909 | |
| Dirección: Francisco Masías 370 - San Isidro - Lima | | | Teléfono: 211-0000 | |
| Página web: www.lapositiva.com.pe | | | | |
| 2. Datos del Contratante | | | | |
| Contratante: | | | RUC: | |
| Dirección: | | | Teléfono: | |
| Correo Electrónico | | | | |
| 3. Datos del Asegurado | | | | |
| Apellido Paterno: | | Apellido Materno: | | Nombres: |
| Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | N° de Documento: | | |
| Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | Fecha de Nacimiento: | | Nacionalidad: |
| Teléfono fijo: | | Celular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| Tipo de vía: Av. <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Psj. <input type="checkbox"/> Edif. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | Nombre de vía: | | |
| N°: | Km: | Mz: | Dpto: | Int: |
| Lt: | | | | |
| Urbanización: | | Distrito: | | |
| Provincia: | | Departamento: | | |
| Correo Electrónico | | | | |
| 4. Datos del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado | | | | |
| Apellido Paterno: | | Apellido Materno: | | Nombres: |
| Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | N° de Documento: | | |
| Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | Fecha de Nacimiento: | | Nacionalidad: |
| Teléfono fijo: | | Celular: <input type="checkbox"/> | | |
| Tipo de vía: Av. <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Psj. <input type="checkbox"/> Edif. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | Nombre de vía: | | |
| N°: | Km: | Mz: | Dpto: | Int: |
| Lt: | | | | |
| Urbanización: | | Distrito: | | |
| Provincia: | | Departamento: | | |
| Correo electrónico | | | | |
| 5. Beneficiarios (Aplica sólo para la cobertura de Muerte por accidente del Asegurado) | | | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | PARENTESCO | % PARTICIPACIÓN |
| | | | | |
| | | | | |
| <p>Los Beneficiarios para la cobertura de Muerte Accidental del Asegurado, Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado y Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente serán los indicados en el presente documento. En caso no haya tal designación o en caso de muerte del Beneficiario, la indemnización será pagada de acuerdo al siguiente orden de precedencia:</p> <p>a) Cónyuge sobreviviente, b) Los hijos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años inválidos de manera total y permanente para el trabajo, c) Los hijos mayores de dieciocho (18) años, d) Los padres, e) Los hermanos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años inválidos de manera total y permanente para el trabajo, f) Los herederos legales del Asegurado de acuerdo a Sucesión Intestada o Testamento, debidamente inscrita. Si fueran dos o más los beneficiarios, el importe se dividirá y abonará en partes iguales.</p> <p>En el caso del beneficio por la cobertura de Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado, Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado, Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado e Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado, el Beneficiario será el mismo Asegurado.</p> | | | | |

6. Declaración de Salud

¿Usted ha sido diagnosticado(a) de alguna de las siguientes enfermedades: Cáncer, Ataque Cardíaco, Accidente Cerebro Vascular, Esclerosis Múltiple, Distrofia Muscular; o ha recibido tratamiento por alguna de estas enfermedades? SI NO

7. Vigencia del Seguro

Fecha de Inicio: ____/____/____ (12 m)

Fecha de Término: ____/____/____ (12 m)

El presente microseguro se mantendrá vigente mientras el Asegurado cumpla con pagar la prima mensual correspondiente, se cumplan las condiciones de asegurabilidad y no manifieste su deseo de resolver el mismo.

8. Prima Comercial + IGV

9. Lugar y forma de pago de la prima

El monto de la prima será cancelado con frecuencia (mensual, trimestral, semestral, anual, según corresponda), y podrá efectuarse en cualquiera de las siguientes formas de pago elegidas por el Asegurado: (i) forma directa en las oficinas de la Aseguradora, (ii) cargo en cuenta y tarjeta de crédito, (iii) depósito en cuenta o, (iv) vía descuento por planilla.

El pago de la prima se realizará a través del medio de pago convenido con la Aseguradora. En caso que se utilice un medio de pago diferente al pago en efectivo, como el cargo en cuenta o a través de tarjeta de débito o crédito, el Asegurado será responsable de verificar que los pagos se realicen satisfactoriamente. En caso de utilizar estos medios de pagos alternativos, La Aseguradora no será responsable de las omisiones o falta de diligencia que produzca el atraso en el pago de las primas.

Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado, se otorga un plazo de gracia adicional de treinta (30) días calendario contados desde el día siguiente al último día que el Asegurado o Contratante, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el periodo de gracia la cobertura de la póliza permanecerá vigente.

Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurridos los 30 días calendario de periodo de gracia, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que La Positiva comunique de forma previa.

10. Coberturas y Sumas Aseguradas

| | |
|--|--|
| Muerte por Accidente del Asegurado | |
| Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado | |
| Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado | |
| Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente | |
| Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado | |
| Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado | |
| Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado | |

11. Exclusiones

La presente Solicitud - Certificado no reconoce ningún beneficio ni gasto en las siguientes circunstancias y/o por las siguientes causas de exclusión.

- 11.1 Para las coberturas de Muerte por accidente del Asegurado, Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado, Muerte por accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado, Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente y Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado:

a) Guerra civil o internacional, declarada o no.

b) Radiación nuclear.

c) Participación activa en actos delictivos, subversivos o terroristas.

d) Los accidentes que se produzcan mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas o en estado de sonambulismo y cuando guarde relación causal con el accidente, siempre que sea el Asegurado quien fuese el conductor al momento del accidente. Esta póliza se rige por las disposiciones legales actualmente vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente. Para efectos de esta póliza se utiliza el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora o por fracción. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje etílico.

LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS

Av. Javier Prado Este, esquina con Fco. Masías N° 370, San Isidro. Lima- Perú RUC: 2010021090 Teléfono: 211-0000 www.lapositiva.com.pe

- 11.2 Para la cobertura de Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado:
 - a) Exclusiones a), b) y c) del numeral 4.1
 - b) Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la póliza.
 - c) Hospitalización del Asegurado si éste vive fuera de Perú al momento de su ingreso a un establecimiento de salud.
 - d) Exámenes de rutina y curas de reposo.
 - e) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
 - f) Anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
 - g) Condiciones preexistentes no declaradas y sus secuelas.
 - h) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
 - i) VIH / SIDA.
 - j) Consecuencias de fenómenos catastróficos de la naturaleza.
 - k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- 11.3 Para la coberturas de Indemnización por diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado:
 - a) Exclusiones g) i) y j) del numeral 4.2 y exclusión b) del numeral 4.1
 - b) Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
 - c) Adicción a drogas y alcoholemia.
 - d) Consecuencias de accidente previo al microseguro
 - e) Consecuencias de fármacos usados sin prescripción.
 - f) Lesiones auto infligidas.
 - g) Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.
 - h) Cáncer cérvico uterino "in situ".
 - i) Lesiones por participación activa en servicio militar, actos delictivos, subversivos o terroristas, guerra civil internacional, declarada o no.
 - j) Cualquier diagnóstico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

12. Procedimiento para la solicitud de cobertura del microseguro:

12.1 Al ocurrir un siniestro cubierto bajo la presente Solicitud - Certificado, el Beneficiario deberá informar a La Positiva la ocurrencia del siniestro dentro del plazo de 7 días calendario de ocurrido el siniestro, de tomar conocimiento del mismo, o de conocida la existencia del beneficio, llamando al teléfono 211-0-211 desde lima y provincias ó acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional o a las oficinas del Comercializador.

12.1.1 Para la cobertura Muerte por Accidente del Asegurado, Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado, Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente y Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado, se deberá presentar la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Copia certificada de la Denuncia Policial, de corresponder
- b) Acta o Partida de defunción
- c) Certificado de defunción
- d) DNI del Beneficiario.
- e) Documento que acredite su calidad de beneficiario de acuerdo a orden de precedencia, en caso corresponda (partida de nacimiento, partida de matrimonio, declaración de unión de hecho, Certificado o Dictamen de invalidez), y dependiendo el tipo de beneficiario del que se trate.
- f) En caso de no existir Beneficiarios nombrados o los establecidos en el orden de precedencia, deberá presentar Copia Literal de la Inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento debidamente expedida por los Registros Públicos.
- g) Protocolo de necropsia, de corresponder,
- h) Dosaje etílico, en caso corresponda.

12.1.2 Para la cobertura de Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado:

Se deberá presentar la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Copia certificada de la Denuncia Policial, de corresponder.

LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS

Av. Javier Prado Este, esquina con Fco. Masías N° 370, San Isidro. Lima- Perú RUC: 2010021090 Teléfono: 211-0000 www.lapositiva.com.pe

- b) Una declaración escrita, que contenga ineludiblemente la fecha y hora del accidente, el nombre, apellidos, edad y domicilio de la persona que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancias en que éste ocurrió; así como el nombre y domicilio de los testigos, si los hubiera.
- c) Un certificado del médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.
- d) Certificado o Dictamen de invalidez permanente total, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, COMAFP o COMEC, INR, de forma indistinta) en donde se detalle la fecha de la configuración de la invalidez y el porcentaje del menoscabo.

e) Dosaje étílico, en caso corresponda.

12.1.3 Para la cobertura de Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado:

Se deberá presentar la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Original de comprobante de pago emitido por el establecimiento de salud donde se compruebe el nombre del paciente hospitalizado y el periodo de hospitalización.
- b) Certificado médico con diagnóstico y donde se señale el requerimiento de hospitalización.

c) Dosaje étílico, en caso corresponda.

12.1.4 Para el caso de Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado:

Se deberá presentar la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Copia foleada y fedateada de la Historia Clínica del Asegurado
- b) Los documentos, certificados, informes y/o diagnósticos indicados a continuación y elaborados por médicos legalmente calificados para emitir dichos documentos.
 - Cáncer: Diagnóstico clínico deberá ser fundamentado en la historia clínica y confirmada por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos. Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológica o patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso.
 - Ataque Cardíaco o Infarto al Miocardio: Diagnóstico de esta enfermedad deberá estar basado en todas las siguientes situaciones:
 - Un historial del típico dolor de pecho, indicando de una enfermedad cardiaca isquémica.
 - Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EGG.
 - Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.
 - Estudio radistópico del músculo cardíaco.
 - Accidente Cerebro Vascular: Diagnóstico deberá ser inequívoco y registrar un déficit neurológico ya sea reversible o irreversible.
 - Esclerosis Múltiple: Diagnóstico deberá estar sustentado en la historia clínica, exámenes físicos y el análisis del líquido cerebro espinal, un episodio anterior o un episodio único de esclerosis múltiple no será esclerosis múltiple para efectos de esta definición. En ningún caso La Positiva pagará una pérdida bajo este beneficio si el primer episodio ocurrió antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.
 - Distrofia Muscular: Diagnóstico deberá ser realizado por un médico, basado principalmente en los síntomas clínicos y el historial genético (genético/historial familiar o un estudio de cromosomas). Los informes de biopsias musculares podrán ayudar al diagnóstico, pero en ningún caso constituirán por sí solas el diagnóstico.

En todos los casos, los documentos antes mencionados podrán ser entregados en cualquiera de las oficinas La Positiva a nivel nacional o a través del comercializador del microseguro.

13. Pago de la Indemnización

El pago de la indemnización correspondiente será efectuado por La Positiva en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados desde la fecha de presentación de la documentación sustentatoria de la solicitud de cobertura indicada en las condiciones de este Certificado, la misma que deberá estar referida únicamente a la comprobación de la ocurrencia del siniestro cubierto.

14. Cláusula de Resolución de Contrato

La resolución deja sin efecto la póliza o la Solicitud-Certificado, según corresponda, por causal sobrevenida a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por la falta de pago de la prima. En dicho supuesto, la Positiva tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el período efectivamente cubierto.
- b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Asegurado o Contratante o de la Positiva, cuando corresponda enviando una comunicación a la contraparte con una anticipación no menor a treinta (30) días. Deberá presentar la siguiente documentación:
 - Original y copia de documento nacional de identidadDicho trámite se efectuará en las Plataformas de Atención al Cliente de la Positiva, cuyas direcciones se encuentran en la web www.lapositiva.com.pe, o el comercializador cuya dirección se indica en la solicitud-certificado o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del microseguro.
- c) Cuando medie solicitud de cobertura fraudulenta, supuesto en el cual la Aseguradora de forma conjunta con la comunicación de rechazo del siniestro, dentro del plazo señalado en la cláusula 13, informará la resolución del contrato del microseguro.

A partir del día siguiente de producida la resolución contractual, El Contratante o Asegurado podrá solicitar por escrito en las oficinas de la Positiva, el reembolso de la prima que corresponda por el periodo no corrido, el mismo que no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. El reembolso se podrá hacer efectivo en las oficinas de La Positiva o el Comercializador luego de treinta (30) días calendarios de haber sido presentada la solicitud respectiva. La Positiva tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.

15. Declaraciones del Asegurado

Derecho de Arrepentimiento

En el caso de microseguros comercializados a través del uso de sistemas a distancia, el Asegurado podrá resolver el contrato sin expresión de causa, dentro de los quince (15) días calendario, contados desde que recibe la Solicitud - Certificado, debiendo La Positiva devolver la totalidad del monto de la prima pagada, sin aplicar penalidad alguna, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. El Asegurado para hacer efectivo el derecho de arrepentimiento podrá utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del presente microseguro.

El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido cuando se haya utilizado alguna de las coberturas o beneficios del microseguro.

Defensoría del Asegurado

El Asegurado, Contratante y/o Beneficiario tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado para resolver las controversias que surjan entre ellos y La Positiva, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para La Positiva pero no para el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario quienes mantienen inalterable su derecho de recurrir a otras instancias.

16. Procedimiento para la Atención de Reclamos y Consultas

La Positiva atenderá los reclamos y consultas en un plazo máximo de quince (15) días calendario de presentado por el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario. En caso de persistencia del reclamo o consulta, el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario podrán optar por los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos, en caso consideren hayan sido vulnerados. La Positiva Seguros recibirá los reclamos y consultas del Asegurado, Contratante y/o Beneficiario en su "Área de Servicio al Cliente" llamando al 211-0-211 desde Lima y provincias o en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional (relación de direcciones en la web: www.lapositiva.com.pe,) así como a través de la misma página web de La Positiva Seguros.

17. Comunicaciones y domicilio

Los avisos y comunicaciones que intercambien La Positiva, el Contratante y/o el Asegurado y que deban realizarse de manera escrita, serán efectuados al domicilio físico y/o correo electrónico que aparecen registrados en la póliza o Solicitud - Certificado.

Si el Contratante y/o Asegurado cambiara de domicilio y/o de correo electrónico, deberán comunicar tal hecho a La Positiva por escrito. Todo cambio de domicilio y/o de correo electrónico surtirá efectos desde su notificación, sin embargo aquellas modificaciones que se realicen sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de microseguro.

18. Importante

- **Condiciones de Asegurabilidad:** Son asegurables, las personas desde los 18 años de edad cumplidos hasta los 65 años de edad cumplidos (64 años 11 meses y 29 días), con permanencia hasta los 84 años de edad y 365 días. Las comunicaciones, solicitudes de cobertura y pagos efectuados al comercializador, por las coberturas otorgadas, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Positiva Seguros.
- Los pagos efectuados por los contratantes, o terceros encargados del pago, al comercializador, se entenderán abonados a la

LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS

Av. Javier Prado Este, esquina con Fco. Masías N° 370, San Isidro. Lima- Perú RUC: 2010021090 Teléfono: 211-0000 www.lapositiva.com.pe

empresa en la misma fecha de su realización.

- Las condiciones de la presente póliza se encuentran disponibles en www.lapositiva.com.pe.
- La vigencia de esta póliza será siempre la que corresponda al período de las primas pagadas y podrá ser renovada de forma automática.
- **El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la Póliza de Microseguro a La Positiva Seguros, la que será entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la fecha de recepción de la solicitud o puede acceder a la misma en www.lapositiva.com.pe**
- El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales, regulado mediante Ley N° 29355
- **Investigación y Revisión de Siniestros:** La Positiva se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro, aun cuando ya hubiera pagado la indemnización y Beneficiario queda obligado a cooperar con esta investigación. En general, La Positiva podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información o documentación recibida. Si la información o documentación presentada fuera simulada o fraudulenta, perderán los beneficiarios todo derecho a indemnización, sin perjuicio que se inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

19. Declaración del Asegurado

El Asegurado reconoce que cualquier omisión o falsedad vertida en el presente documento anula el contrato de seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 8° de La Ley del Contrato de Seguro, quedando **La Aseguradora** liberada de cualquier responsabilidad.

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

Si el Contratante y/o Asegurado cambiara de domicilio o de correo electrónico, deberán comunicar tal hecho a la Aseguradora por escrito. Todo cambio de domicilio o de correo electrónico que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.

20. 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 otorgar 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- PJPN° 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 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.

El Asegurado declara haber tomado conocimiento de las condiciones generales, particulares y cláusulas adicionales de la presente póliza.

La Positiva Seguros y Reaseguros

Asegurado

LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS

Av. Javier Prado Este, esquina con Fco. Masías N° 370, San Isidro. Lima- Perú RUC: 2010021090 Teléfono: 211-0000 www.lapositiva.com.pe