

TRAMITE N°:

FECHA:

POLIZA N° :

SOLICITUD DE SEGURO DE TRANSPORTE

Póliza nueva Inclusión Exclusión Modificación Renovación Otro _____

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.

1. Datos del Contratante

Nombre o razón social:			
Código:	DNI:	RUC:	Fecha Nac.:
Dirección:		Distrito:	Tel.:
Estado Civil:			

2. Datos del Asegurado/Beneficiario

Nombre o razón social:			
Código:	DNI:	Ocupación:	Fecha Nac.:
Dirección:		Distrito:	Tel.:

Descripción de la Materia del Seguro

Tipo de Mercadería.....
 Nueva o usada.....
 Embalaje.....
 Valor Asegurado.....
 Vía: Marítima.....Aérea.....Terrestre.....lacustre/fluvial.....
 Coberturas.....
 Datos de la nave/vehículo.....
 Entidad Clasificadora.....
 Lugar de Origen..... lugar de Destino.....
 Fecha de salida Fecha de llegada.....
 Endosada.....

3. Moneda	4. Deducible	5. Forma de Pago			6. Prima Comercial+ IGV
		Contado <input type="checkbox"/>	Cuota Inicial <input type="checkbox"/>	Letras <input type="checkbox"/>	

7. Descripción de la Materia del Seguro:

8. Tratamiento 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 sus modificatorias, 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/o oposición frente al tratamiento de sus Datos Personales, a través de lo indicado en www.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

Declaración del asegurado

El Solicitante declara que la información que ha proporcionado en la presente Solicitud, es enteramente conforme a la verdad y que no ha hecho omisiones intencionales, 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 liberada de cualquier responsabilidad.

Declaro que 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

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.

Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.

La Positiva se obliga a entregar la póliza de seguro al **Contratante y/o Asegurado** dentro del plazo de 15 días calendario de haber solicitado el seguro, si no media rechazo previo de la solicitud.

Firma del Solicitante

Atendido por

Corredor de Seguros:	Reg. SBS.:	Tel.:
----------------------	------------	-------