

## 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
	(S) (C) (V) (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 Actual	

### 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:

## 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 impeditido 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 8º 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](http://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.

## POLITICA 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, 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 RNPD-PJPN° 4267 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 Seguros y Reaseguros S.A.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

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), mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

**La Aseguradora informará al Contratante a los 15 días calendario de presentada la solicitud si ésta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo.**

Fecha de declaración: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante/Contratante/Asegurado

