

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN EN GRUPO

Se debe contestar todas las preguntas con letra legible:

1. DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos			Tipo de Documento	N° Documento
			DNI_ CE _ Pasaporte _	
Ocupación	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Género	Estado civil
		//_	F_ M_	S_ C_ D_ Conviviente _
Dirección			Distrito / Provincia	Departamento
Correo Electrónico			Teléfonos	

2. DATOS DEL CONTRATANTE (BENEFICIARIO PRINCIPAL)

Razón Social o Denominación Social		
COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRABAJADORES ALICORP LTDA.		
RUC		Teléfonos
20109812553		975455858
Domicilio (Jr. Calle, Avenida, Nro)	Distrito – Provincia	Departamento
AV. PERU Nro. 2636	SAN MARTIN DE PORRES - LIMA	LIMA

3. INFORMACION SOBRE EL PRESTAMO.

Producto	Moneda	Plazo	Monto del Préstamo.	
Tipo de crédito:				
Individual - Asegurado Titular				
INFORMACION REQUERIDA DEL ASEGURADO			TITULAR	
			SI	NO
1. ¿Ha requerido o le han recomendado o se ha sometido a hospitalización para tratamiento quirúrgico o médico?				
2. ¿Ha requerido atención médica de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardíacos, neurológicos, epilepsia, renales, parálisis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, hepatitis, sida o enfermedad venérea?				
3 ¿Le han detectado algún tumor, se ha sometido o le han recomendado someterse alguna prueba para descartar cáncer?				
4. ¿Padece de algún impedimento físico, defecto visual o auditivo que le impida o dificulte desarrollarse con normalidad?				
5. ¿Ha padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración de salud, se está sometiendo a algún tratamiento tomando algún medicamento o se encuentra en proceso de estudio el diagnóstico de alguna enfermedad?				
6. Fuma ¿Cuántos cigarrillos al día? () Indicar cantidad				
7. Solo para personas de sexo femenino: ¿Esta Ud. Embarazada?				
8. Peso y estatura			P:	T:

AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN EL SIGUIENTE RECUADRO:

Respuesta N°	Detalle ampliatorio

4. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO:

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 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.

El Asegurado, del ser el caso, autoriza de forma expresa al Contratante para que en su nombre pueda tomar las coberturas del presente seguro de desgravamen.

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 RNPDP-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

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.

La Aseguradora informará al Solicitante a los 15 días 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 Asegurado