

SOLICITUD DE SEGURO ASISTENCIA MÉDICA

La presente solicitud forma parte del contrato de seguro. Las respuestas consignadas en la presente solicitud constituyen la base técnica para la aceptación o no del seguro solicitado; motivo por el cual, las respuestas a esta solicitud deben ser realizadas con la mayor claridad y precisión, sin borrones ni enmendaduras, con un tipo de letra legible y en tinta. **FAVOR COMPLETAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA EN ESTE FORMULARIO SI DESEA SOLICITAR ESTE SEGURO CON LETRA MAYÚSCULA Y LEGIBLE.**

1. INDICAR EL PLAN SOLICITADO

MEDISALUD LITE <input type="checkbox"/>	MEDISALUD BASE <input type="checkbox"/>	MEDISALUD <input type="checkbox"/>	MEDISALUD PLUS <input type="checkbox"/>	MEDISALUD PREMIUM <input type="checkbox"/>
MEDISALUD GLOBAL <input type="checkbox"/>	MEDISALUD HOSPITALARIO <input type="checkbox"/>	MEDISALUD SENIOR <input type="checkbox"/>	KYODAI SALUD <input type="checkbox"/>	OTRO (ESPECIFICAR)

2. MOTIVO DE SOLICITUD

PÓLIZA NUEVA MIGRACIÓN DE PRODUCTO INCLUSIÓN

N° DE PÓLIZA (PARA MIGRACIÓN O INCLUSIÓN)

3. CANAL DE VENTA

CORREDORES PLATAFORMA FFV RED DIGITAL PDV TELEVENTAS

NOMBRE DE ASESOR: _____ CÓDIGO ASESOR: _____

4. DATOS DEL CONTRATANTE (RESPONSABLE DEL PAGO DE PRIMAS)

RAZÓN SOCIAL / NOMBRES Y APELLIDOS _____ / /
FECHA DE NACIMIENTO

DNI CE PAS RUC N° M F SEXO NACIONALIDAD S C V D CONVIVIENTE ESTADO CIVIL

DIRECCIÓN _____ DISTRITO _____

PROVINCIA / DEPARTAMENTO _____ TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ PARENTESCO _____

5. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

EDAD (años) ESTATURA (cm) PESO (kg) 1/8

Si el asegurado titular y contratante es la misma persona, no es necesario llenar los demás datos relacionados relacionados del titular.

RAZÓN SOCIAL / NOMBRES Y APELLIDOS _____ / /
FECHA DE NACIMIENTO

DNI CE PAS RUC N° M F SEXO NACIONALIDAD S C V D CONVIVIENTE ESTADO CIVIL

DIRECCIÓN _____ DISTRITO _____

PROVINCIA / DEPARTAMENTO _____ TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ PARENTESCO _____

6. ASEGURADOS ADICIONALES (grupo familiar del asegurado titular)

TIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO - N° DOCUMENTO	NACIONALIDAD	FECHA NACIMIENTO	SEXO	PARENTESCO	PESO	ESTATURA
AD1					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
TELÉFONO: _____		EMAIL: _____		(obligatorio para la Evaluación y Pruebas de Pre-Asegurabilidad)				
AD2					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
TELÉFONO: _____		EMAIL: _____		(obligatorio para la Evaluación y Pruebas de Pre-Asegurabilidad)				
AD3					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
TELÉFONO: _____		EMAIL: _____		(obligatorio para la Evaluación y Pruebas de Pre-Asegurabilidad)				
AD4					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
TELÉFONO: _____		EMAIL: _____		(obligatorio para la Evaluación y Pruebas de Pre-Asegurabilidad)				

Los Asegurados Adicionales podrán ser el (la) cónyuge o concubino(a), hijos y padres del Asegurado Titular.

CONTINUIDAD DE PREEXISTENCIAS

¿Tienes o has tenido algún otro seguro o plan de salud? SI NO

Si tu respuesta es afirmativa, completar:

Compañía de seguros Plan de salud - EPS Otro (especificar)

Indique el nombre de su compañía de seguros o EPS: _____

Indique el nombre del producto: _____

Indique el periodo de vigencia: desde: ____ / ____ / ____ hasta: ____ / ____ / ____

Para el otorgamiento de la continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes y exonerarte de los periodos de carencia y espera, debes adjuntar los siguientes documentos:

- Copia de Póliza y/o Plan anterior donde se indiquen a todas las personas aseguradas.
- Constancia de Póliza y/o plan anterior (incluír fecha de inicio y de fin de vigencia).
- Reporte de siniestros de todos los miembros asegurados en la Póliza y/o plan anterior.

Asimismo, para gozar de la continuidad de cobertura de preexistencias, debes haber solicitado el seguro considerando el siguiente plazo:

- Hasta 120 días posteriores de haber terminado el contrato de tu seguro de salud anterior.
- Hasta 60 días posteriores de haber terminado la cobertura de tu EPS anterior, según art. 117 de la Ley de Contrato de Seguro.

EVALUACIÓN Y PRUEBAS DE PRE- ASEGURABILIDAD

Evaluación médica, exámenes de laboratorio y otras pruebas requeridas para la aceptación del seguro. El costo de los exámenes es asumido por La Positiva.

Aplica para personas mayores de 50 años, completar el siguiente registro escogiendo sólo una modalidad de evaluación:

Evaluación Presencial (Lima, Arequipa, Piura y otras ciudades) <input type="checkbox"/>	Indicar fecha disponible para la cita: Día _____ hora _____ Se deberá considerar la programación de cita con 48 horas posteriores al ingreso del trámite a la Compañía. Confirmación de la cita la coordina directamente El Asegurado con el proveedor. Agendamiento de la cita se confirma en trámite generado.
Telesuscripción (1) (Lima y otras ciudades, salvo Arequipa y Piura) <input type="checkbox"/>	Indicar fecha disponible para la cita: Día _____ hora _____ Horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 2:00 pm. La Compañía confirmará la cita. Se deberá considerar la programación de cita con 48 horas posteriores al ingreso del trámite a la Compañía.
Evaluación Telefónica (Lima y otras ciudades, salvo Arequipa y Piura) <input type="checkbox"/>	Indicar fecha disponible para la cita :Día _____ hora _____ Teléfono contacto Titular: _____ Teléfono de Familiar a cargo: _____ Teléfono contacto Asesor/Corredor: _____

(1) Consideraciones:

La Telesuscripción se complementa con exámenes de laboratorio: Hombres y mujeres: hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen de orina, colesterol, triglicéridos, PSA (hombres), Mamografía y Papanicolau(mujeres). Exámenes de laboratorio se realizan a domicilio sólo en Lima, en Provincias se realizan en red de centros afiliados. Otras ciudades alejadas de Lima y Provincia a través de reembolso. Mamografía y Papanicolau se realizan de forma presencial.

(1) Condiciones que debe tener en cuenta el usuario para acceder a la Telesuscripción:

- Tener buena conexión a internet.
- Tener computadora, laptop o celular que le permita el uso de cámara y video.
- Manejar adecuadamente la tecnología.
- En caso de adultos mayores, estar acompañado de un familiar que pueda ayudarlo en el proceso de activación de cuenta y durante la videollamada.

7. DECLARACIÓN DE SALUD

Usted o sus asegurados adicionales por asegurar han padecido o padecen o han recibido tratamiento o medicación de 2/8 algunas de las siguientes enfermedades o dolencias o afección de órganos descritas a continuación:

2/8

Por favor indique la letra que corresponde a las siguientes preguntas para el Titular y cada uno de sus asegurados adicionales, tener en cuenta que deben ir en el mismo orden en el que se registraron en la solicitud.

Tipo de respuesta debe detallarse en el recuadro final	Titular		AD1		AD2		AD3		AD4	
1. Enfermedades cardiovasculares	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Hipertensión arterial (presión alta)										
b. Infarto cardíaco										
c. Angina (dolor) de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Aneurisma										
e. Arritmia cardíaca										
f. Várices de piernas										
g. Malformaciones del corazón										
h. Trombosis										
i. Enfermedad de las válvulas cardíacas										
j. Angioplastia / By pass Aortocoronario										
k. Otras dolencias cardiovasculares										
2. Enfermedades del sistema neurológico	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Hemorragia o infarto cerebral.										
b. Migraña										
c. Secuela de polio										
d. Vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Epilepsia										
f. Parálisis										
g. Neuralgias Post Herpéticas										
h. Parkinson										
i. Trastorno Mental por enfermedad o accidente										
j. Enfermedades neurodegenerativas de cualquier tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Malformaciones Arterio Venosas										
3. Enfermedades gastrointestinales	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Gastritis crónica										
b. Úlcera gástrica										
c. Úlcera duodenal										
d. Hígado graso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pólipos de colon										
f. Prolapso del recto										
g. Esofagitis										
h. Cirrosis										
i. Hepatitis crónica										
j. Pancreatitis										
k. Colon irritable										
l. Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Hernia de hiato (hiatal)										
n. Cálculos en vesícula										
o. Reflujo gastroesofágico										
p. Divertículos										

4. Enfermedades endocrinas		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Diabetes	g. Obesidad										
b. Hipotiroidismo	h. Bocio										
c. Hiperuricemia	i. Triglicérido elevado										
d. Hipertiroidismo	j. Adenoma de hipófisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Colesterol elevado	k. Hiper cortisolismo (cushing)										
i. Triglicérido elevado	l. Enfermedades inmune										
f. Hiperprolactinemia	Reumatológicas (gota)										

5. Enfermedades de vías respiratorias		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Bronquitis crónica	h. Fibrosis pulmonar										
b. Asma	i. Pólipo nasal										
c. Sinusitis crónica	j. Apnea del sueño										
d. Tabique nasal desviado	k. Rinitis alérgica (secreción nasal, estornudos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tuberculosis	l. Hiperactividad bronqueal										
f. Tos crónica	m. Covid-19										
g. Hipertrofia de cornetes											

Tipo de respuesta debe detallarse en el recuadro final	Titular	AD1	AD2	AD3	AD4
--	---------	-----	-----	-----	-----

6. Enfermedades del aparato urinario genital		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Infección urinaria recurrente	f. Riñones poliquísticos										
b. Cistitis crónica	g. Incontinencia urinaria										
c. Enfermedad renal aguda	h. Hiperplasia de la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Prostatitis crónica	i. Varicocele										
e. Pielonefritis crónica											

7. Enfermedades de los huesos y articulaciones		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Artrosis de cadera	i. Patologías (lesiones) de meniscos										
b. Artrosis de rodilla	j. Fiebre reumática										
c. Artrosis de hombro	k. Patologías (lesiones) ligamentarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Artritis reumatoidea	l. Patologías (lesiones) de tendones										
e. Fibromialgia	m. Otras dolencias de los huesos, articulaciones y músculos										
f. Distrofia muscular											
g. Deformaciones											
h. Amputaciones											

8. Enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Lupus	c. Espondilitis anquilosante										
b. Esclerosis múltiple	d. Síndrome de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Enfermedades hematológicas		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Anemia por deficiencia de hierro por enfermedad crónica	e. Síndrome Mielodisplásico										
b. Hemofilia	f. Síndrome mieloproliferativo										
c. Anemia por deficiencia de VIT B12 por enfermedad crónica	g. Desorden de coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Linfomas	h. Leucemias										

10. Enfermedades de la vista		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Pterigión (carnosidad)	e. Glaucoma										
b. Estrabismo	f. Uveítis										
c. Enfermedad de la retina	g. Trastornos de la visión u otras enfermedades de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cataratas											

11. Enfermedades del oído		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Otitis crónica.	c. Hipoacusia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Laberintitis	d. Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Enfermedades de la columna vertebral		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Cervicalgia (dolor en región del cuello)	c. Lumbago (dolor en región de la cintura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dorsalgia (dolor en región de espalda dorsal)	d. Discopatía e. Hernia del núcleo pulposo (HNP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Enfermedades de la piel		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Acné	f. Dermatitis Atópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Melasma	g. Vitíligo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Psoriasis	h. Dermatitis Seborreica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Alopecia	i. Otras enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Esclerodermia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Enfermedades infecciosas		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Hepatitis B	e. Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hepatitis C	f. Enfermedad de Transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Brucelosis / Fiebre Malta	g. VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dengue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de respuesta debe detallarse en el recuadro final		Titular	AD1	AD2	AD3	AD4					
15. Enfermedades ginecológicas		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Mioma uterino	f. Prolapso de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ovario poliquístico	g. Abortos a repetición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cervicitis crónica	h. Enfermedad inflamatoria pélvica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Endometriosis	i. Amenorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Prolapso de útero		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Enfermedades de las mamas		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Quistes de mamas	c. Otras enfermedades de las mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fibroadenoma de mama		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Cirugías		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Colon	cervical, dorsal o lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Estómago	h. Cirugías oncológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mamas	i. Otras cirugías realizadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hernia umbilical	j. PCRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hernia epigástrica	(Pancreatocolangiografía Retrógrada Endoscópica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hernia inguinal	k. Vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hernia discales:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Trasplante de cualquier órgano		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Se encuentra en período de gestación		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hubo tratamiento de fertilidad_____ Tiempo de gestación_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Tumor benigno o maligno en cual reiuqórgano o tejido del cuerpo, enfermedad oncológica o cáncer?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Procedimientos, cirugías estéticas y/o reconstructivas: presencia de prótesis o implante de cualquier tipo.		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Enfermedades Psiquiátricas o trastornos psicológicos: Demencia, Psicosis, Depresión y/o Ansiedad, Esquizofrenia, Déficit de atención, trastornos del desarrollo, Retraso mental, Trastornos de la alimentación u otras enfermedades relacionadas.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Consumo o ha consumido drogas, estupefacientes o hipnóticos o es o ha sido farmacodependiente?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Ha recibido transfusión sanguínea? Precisar motivo _____	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Enfermedad o defecto congénito, conocido o adquirido al nacer. _____	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Existen en la familia de alguno de los solicitantes, alguna persona (hasta 2da. generación) que haya padecido alguna enfermedad cardiovascular, cerebral, derrame o infarto, enfermedad renal, diabetes, tumor maligno, enfermedad psiquiátrica, Parkinson, esclerosis, Lupus, Alzheimer, cualquier enfermedad de carácter hereditaria no mencionada? Especifique diagnóstico y parentesco. _____	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ha recibido tratamiento médico o ha estado hospitalizado debido a alguna enfermedad o accidente, le han recomendado realizarse alguna prueba de laboratorio y/o imágenes:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Hábitos	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a. Tomar licor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hace deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Tomar licor: frecuencia por semana <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fuma: Precisar cantidad de cigarros diarios <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Precisar deporte o actividad de alto riesgo, o deporte profesional <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mencione otras dolencias o enfermedades no consignadas en la lista

CONSIDERACIONES: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Jurada de Salud será considerada preexistente.

Si alguna de las respuestas es afirmativa, sírvase a proporcionar información mas detallada

N° de pregunta afirmativa	Nombre y Apellido	Diagnóstico enfermedad o dolencia	Fecha de diagnóstico	Clínica Centro Médico donde se atendió	Tratamiento (Marcar)			Estado actual
					Hospit.	Cirugía	Medicamento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ /	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

			/ /					
			/ /					
			/ /					

Certifico que las respuestas y declaraciones contenidas en este documento son verídicas, completas y se ajustan a la realidad. Es de mi conocimiento que cualquier falsedad, simulación u omisión con dolo o culpa inexcusable, anula y deja sin efecto alguno la cobertura del Plan de Salud, liberando de toda responsabilidad y compromiso a LA POSITIVA.

Asimismo, declaro tener conocimiento que LA POSITIVA se reserva el derecho de calificar el riesgo en base a las respuestas y declaraciones contenidas en este documento, y/o tomando en cuenta los antecedentes médicos, datos del archivo médico,

exámenes de laboratorio, copia de historia clínica o cualquier documento médico, con la finalidad de determinar las condiciones que correspondan para el otorgamiento de cobertura de capa compleja.

En caso de declaración falsa o inexacta, acepto reintegrar LA POSITIVA el monto de los gastos en los que ésta hubiera podido incurrir por la atención de mi(s) enfermedad(es) preexistente(s) no declarada(s) o por la atención de la(s) enfermedad(es) preexistente(s) no declarada(s) de cualquiera de mis derechohabientes.

8. FORMA DE PAGO

Elige una de las opciones de pago:

Contado: 1 cuota con 5% de descuento.

Fraccionado: 12 cuotas sin intereses con afiliación al débito automático.

Fraccionado: 10 cuotas con intereses TEA 13% sin afiliación al débito automático.

- Pago al contado (5% de descuento). Sólo aplica para planes MEDISALUD.
- Con el fraccionamiento de 12 o 10 cuotas, la fecha del primer vencimiento es igual a la fecha de inicio de vigencia.
- Podrá afiliarse a la opción de pago al débito automático completando el registro del formulario "Autorización de Cargo en Cuenta - Rapi pago".

9. 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, 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

10. INFORMACIÓN ADICIONAL

Los solicitantes declaran tener conocimiento que LA POSITIVA se reserva el derecho de calificar y aceptar la presente solicitud y de proponer las condiciones de aseguramiento, lo cual implica considerar: Porcentaje de recargo en la Prima, preexistencias o exclusiones por riesgos asociados a la preexistencia.

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, si no media rechazo previo de la Solicitud, para los casos del CONTRATANTE o ASEGURADO que realicen examen de pre asegurabilidad se amplía a 15 días adicionales. 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.

En caso LA POSITIVA solicite información adicional dentro del plazo de quince días desde recibida la solicitud, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO se compromete a facilitar a LA POSITIVA el acceso a la información

complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, dispensándolos de la reserva de la información del acto médico, en el momento que lo requiera LA POSITIVA.

Por lo anterior, mientras LA POSITIVA solicite información adicional la presente solicitud se mantendrá en suspenso hasta la fecha cierta de la entrega de dicha información. Por lo cual, presentada la información adicional por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, LA POSITIVA comunicará al CONTRATANTE y/o ASEGURADO dentro del plazo de quince (15) días calendario siguientes, si esta ha sido rechazada, salvo que requiera de información adicional dentro de dicho plazo, pues la información anteriormente entregada no estuvo completa.

Por lo que, el CONTRATANTE y/o COMPAÑÍA reconocen que la presente Solicitud de Seguro, incluyendo la Declaración Personal de Salud es válida hasta por treinta (30) días calendario a partir de la fecha establecida en el presente documento, incluso si se mantiene en suspenso por solicitud de información adicional.

11. IMPORTANTE

La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de la COMPAÑÍA, 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 COMPAÑÍA, en tanto hubieran proporcionado información veraz.

Por el presente documento, declaro conocer 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 actualizarlos a fin de que se efectúen las comunicaciones respectivas.

12. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Usted, en calidad de contratante y/o asegurado identificado según los datos personales registrados en el numeral inicial del presente documento (la presente política únicamente será firmada por el contratante cuando este sea una persona natural distinta al asegurado. En caso, el contratante sea una persona jurídica, el asegurado es responsable del llenado y firma de la política), en forma libre y voluntaria declara y acepta lo siguiente:

El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados en la presente solicitud es **LA POSITIVA VIDA S.A SEGUROS Y REASEGUROS** con domicilio en **Calle Francisco Masías N° 370, distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima**, en adelante, **LA ASEGURADORA**.

La existencia de este banco de datos personales ha sido declarada a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación **CLIENTES** y el código RNPDP N° **4267**.

Se le informa que cualquier tratamiento de datos personales por parte de **LA ASEGURADORA**, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en Perú en la materia (Ley N°29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias).

Mediante la aceptación y firma del presente documento Ud. proporciona sus datos personales (que podrán contener datos sensibles) a **LA ASEGURADORA**, tales como: nombre, apellido, tipo y número de documento nacional de identidad, edad, nacionalidad, domicilio, estado civil, ocupación, correo electrónico, teléfono, datos financieros – económicos, voz, profesión.

Siendo las **finalidades primarias**:

- Ejecutar la relación contractual.
- Evaluar la calidad del servicio, realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo con fines estadísticos, analíticos, riesgos, comportamiento, cobranzas y de siniestralidad para usos internos.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se le podrá brindar el servicio o producto requerido. En ese sentido, estos datos personales son considerados obligatorios.

FINALIDADES SECUNDARIAS

Asimismo Ud. autoriza y otorga a La Positiva Seguros y Reaseguros S.A.A., La Positiva Vida Seguros y Reaseguros S.A. y a La Positiva S.A. Entidad Prestadora de Salud su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que estas puedan dar tratamiento a sus datos personales con la finalidad secundaria que a continuación se menciona:

Tratar sus datos personales para fines publicitarios y de prospección comercial, para que sean ofrecidos eventos, novedades, encuestas, descuentos y/u ofertas de su interés, nuevos productos y/o servicios a través de cualquier medio de comunicación tradicional y electrónico.

Si acepto () / No acepto ()

Mediante la aceptación de la referida finalidad secundaria usted proporciona a **LA ASEGURADORA** los siguientes datos personales: nombres y apellidos, teléfono, edad, estado civil, DNI, RUC, N° Pasaporte, carné de extranjería, PTP, dirección del domicilio, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, nacionalidad y profesión.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se verá afectada la prestación del servicio o producto solicitado.

Esta autorización y/o la conservación de los datos personales estará vigente mientras dure la relación contractual, posteriormente a la misma, se conservarán los datos para las finalidades autorizadas por Ud. hasta que se revoque su consentimiento o hasta que la legislación vigente nos permita contar con su información.

Cabe resaltar que, sus datos personales sólo serán utilizados con propósitos limitados a los expuestos precedentemente.

Por otro lado, **LA ASEGURADORA** informa que:

- Los datos personales se transferirán a nivel nacional a las empresas que conforman el grupo empresarial de La Positiva así como los terceros o proveedores que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.
- Los datos personales se transferirán a nivel internacional (flujo transfronterizo) a: las empresas que conforman el grupo empresarial con sede en el extranjero así como los terceros o proveedores internacionales que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.

El listado de estos proveedores se actualiza periódicamente en **LA ASEGURADORA**. Por dicho motivo, se recomienda revisar la actualización del listado de terceros autorizados que tratan datos personales en representación de **LA ASEGURADORA** en la página web <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principales-terceros>

Considerando el servicio o producto adquirido en **LA ASEGURADORA**, así como las finalidades adicionales al contrato o solicitud remitida por Ud., **LA ASEGURADORA** deberá transferir sus datos personales a terceras personas autorizadas, estricta y únicamente con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas en el presente documento.

En el caso de los Derechos ARCO (derecho de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición) indicados en la Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias, como titular de sus datos personales el solicitante tiene el derecho de acceder a sus datos personales en posesión de **LA ASEGURADORA**, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos. Asimismo, el solicitante podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico derechosarco@lapositiva.com.pe o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección señalada (Ver sección: Identidad y domicilio) utilizando el formato ARCO que se encuentra en el siguiente link: <https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nlD2pG8> para ambos canales. Para mayor detalle se sugiere visualizar la sección de Derechos Arco en la página web de la empresa

<https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#politicatratamiento-datos-personales>

Además de los anteriores derechos, el Solicitante tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el procedimiento descrito precedentemente, sin que dicha exclusión de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la exclusión del mismo. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ubicada en Calle Scipion Llona N° 350, distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, Perú; completando el formulario respectivo.

Finalmente, informar que **LA ASEGURADORA** será responsable de este banco de datos personales y de los datos personales contenidos en este. Por ello, con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los solicitantes y/o los clientes, **LA ASEGURADORA** ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas, organizativas y legales razonables a su alcance.

ACEPTO (Marcar con un aspa)

NO ACEPTO (Marcar con un aspa)

Firma de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias

Los Nombre(s), Apellidos y documento(s) de identidad de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias, se encuentra acorde a los datos personales inicialmente brindado a través del presente documento, teniéndose en consideración las disposiciones iniciales de la presente política.

Fecha de Suscripción: ___ / ___ / ____

Nota: En caso de menores de edad y/o titulares de datos que no puedan firmar el texto de obtención de consentimiento la firma del presente documento será realizada por los padres, tutores o representantes legales quienes serán responsables de todos los actos realizados por los menores a su cargo o representados.

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.

Firma del Contratante

Firma del Asegurado Titular