

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

AFILIACIÓN | INCLUSIÓN | INICIO VIGENCIA DEL(LOS) AFILIADO(S) / / | FECHA DE INICIO EN EL CENTRO LABORAL / /

PLANES

Prima Comercial Mensual (Incluye IGV)	Plan A <input type="checkbox"/>	Plan B <input type="checkbox"/>	Plan C <input type="checkbox"/>	Plan D <input type="checkbox"/>	Plan E <input type="checkbox"/>	Plan F <input type="checkbox"/>
Sueldo máximo mensual por asegurado aplicable	S/1,025	S/ 1,150	S/ 1,300	S/ 1,500	S/ 2,600	S/ 3,000
Titular solo (administración y/u oficina)	S/ 64	S/ 67	S/ 71	S/ 74	S/ 85	S/ 89
Titular solo (manuales técnicos)	S/ 98	S/ 102	S/ 107	S/ 118	S/ 137	S/ 142
Titular solo (alto riesgo)	S/ 130	S/ 139	S/ 144	S/ 162	S/ 184	S/ 193

1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

NOMBRES O RAZÓN SOCIAL | RUC | TIPO DE DOCUMENTO N°

DIRECCIÓN | DISTRITO | PROVINCIA / DEPARTAMENTO

CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO | CÓDIGO CIU (ACTIVIDAD ECONÓMICA)

2. INFORMACIÓN DEL TITULAR

NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA DE NACIMIENTO

DNI | CE | M | F | S | C | D | CONVIVIENTE

TIPO DE DOCUMENTO N° | SEXO | NACIONALIDAD | ESTADO CIVIL

DIRECCIÓN | DISTRITO

PROVINCIA / DEPARTAMENTO | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO

Ocupación | INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG | INDIQUE SU TALLA EN CM

TIPO DE ACTIVIDAD QUE REALIZA EL PRACTICANTE

1/4

Firma del Titular

3. DECLARACIÓN DE SALUD

El titular solicitante deberá responder Sí o No marcando con "X" en cada casilla correspondiente.

Se deja expresa constancia que el Titular se encuentra en la obligación de llenar completamente la presente Declaración Personal de Salud respecto del mismo. LA POSITIVA se reserva el derecho a analizar el otorgamiento de las coberturas de aquellos casos en que alguna o algunas de las preguntas no sea(n) respondida(s).

¿El solicitante (titular) ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por alguna de las enfermedades o dolencias descritas a continuación?

TODA RESPUESTA AFIRMATIVA DEBE DETALLARSE EN EL RECUADRO FINAL	TITULAR		
	SI	NO	
1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES			
a. Hipertensión arterial (presión alta). e. Arritmia Cardíaca. i. Enfermedades de las Válvulas Cardíacas.	b. Infarto Cardíaco. f. Várices. j. Angioplastia / By pass Aortocoronario.	c. Angina (dolor) de Pecho. g. Malformaciones del Corazón.	d. Aneurisma. h. Trombosis.
2. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
a. Accidente Cerebro Vascular. e. Epilepsia. i. Hemorragia Intracraneal. l. Enfermedades neurodegenerativas de cualquier tipo.	b. Migraña. f. Convulsiones. j. Parkinson.	c. Secuela de Polio. g. Neuralgias Post Herpéticas. k. Trastorno Mental por Enfermedad o Accidente.	d. Vértigo. h. Parálisis.
3. ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES			
a. Gastritis crónica. e. Pólipos en colon. i. Hepatitis crónica. m. Hernia hiatal.	b. Úlcera gástrica. f. Prolapso del Recto. j. Pancreatitis. n. Cálculos en vesícula.	c. Úlcera duodenal. g. Esofagitis. k. Colon irritable. o. Reflujo gastroesofágico.	d. Hígado graso. h. Cirrosis. l. Hemorroides.
4. ENFERMEDADES ENDOCRINAS			
a. Diabetes. e. Colesterol elevado. i. Triglicéridos elevados. l. Enfermedades Inmune Reumatológicas (Gota).	b. Hipotiroidismo. f. Hiperprolactinemia. j. Adenoma de hipófisis.	c. Hiperuricemia. g. Obesidad. k. Hiperkortisonismo (Cushing).	d. Hipertiroidismo. h. Bocio.
5. ENFERMEDADES DE VÍAS RESPIRATORIAS			
a. Bronquitis crónica. e. Tabique nasal desviado. i. Fibrosis pulmonar.	b. Asma. f. Tuberculosis. j. Pólipo nasal.	c. Hiperreactividad bronquial. g. Hipertrofia de cornetes. k. Rinitis alérgica (Secreción nasal, estornudos).	d. Sinusitis crónica. h. Tos crónica.
6. ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO			
a. Infección urinaria recurrente. e. Enfermedad Renal Aguda. i. Riñones poliquísticos.	b. Cistitis crónica. f. Varicocele. j. Incontinencia urinaria.	c. Enfermedad renal crónica. g. Pielonefritis crónica. k. Hiperplasia (Enfermedad / aumento) de la próstata.	d. Diálisis. h. Prostatitis crónica.
7. ENFERMEDADES DE LOS HUESOS Y ARTICULACIONES			
a. Artrosis de cadera. e. Fibromialgia. i. Patologías (lesiones) de Meniscos. l. Patologías (lesiones) de Tendones.	b. Artrosis de rodilla. f. Distrofia muscular. j. Fiebre reumática.	c. Artrosis de hombro. g. Deformaciones. k. Patología (lesiones) ligamentarias.	d. Artritis rematoidea. h. Amputaciones.
8. ENFERMEDADES AUTOINMUNES O DEL TEJIDO CONECTIVO			
a. Lupus.	b. Esclerosis múltiple.	c. Espondilitis Anquilosante.	d. Síndrome de Crohn.
9. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS			
a. Anemia por deficiencia de hierro. e. Síndrome mielodisplásico. i. Desorden de coagulación.	b. Hemofilia. f. Trastorno de Hemoglobina.	c. Anemia por deficiencia de VIT B12. g. Síndrome Mieloproliferativo.	d. Linfomas. h. Leucemias.
10. ENFERMEDADES DE LA VISTA			
a. Pterigión (Carnosidad). e. Glaucoma.	b. Estrabismo.	c. Enfermedad de la Retina.	d. Cataratas.
11. ENFERMEDADES DEL OÍDO			
a. Otitis crónica.	b. Laberintitis.	c. Hipoacusia.	d. Sordera.

2/4

TODA RESPUESTA AFIRMATIVA DEBE DETALLARSE EN EL RECUADRO FINAL

TITULAR
SI | NO

12. ENFERMEDADES DE LA COLUMNA VERTEBRAL					
a. Cervicalgia (dolor en región del cuello). b. Dorsalgia (Dolor en la espalda / dorsal). d. Lumbago (dolor en región de la cintura). d. Discopatía. e. Hernia del núcleo pulposo (HNP).					
13. ENFERMEDADES DE LA PIEL					
a. Acné.	b. Melasma.	c. Psoriasis.	d. Alopecia.		
e. Lupus.	f. Esclerodermia.	g. Dermatitis atópica.	h. Vitiligo.		
i. Dermatitis Seborreica.					
14. ENFERMEDADES INFECCIOSAS					
a. Hepatitis B.	b. Hepatitis C.	c. Brucelosis/ fiebre malta.	d. Dengue.		
e. Malaria.	f. Fiebre Amarilla.	g. Enfermedad de Transmisión sexual.			
h. Infección VIH/SIDA (si no lo desea no responda).					
15. ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS					
a. Mioma Uterino.	b. Ovario poliquístico	c. Cervicitis crónica.	d. Endometriosis.		
e. Propalzo de Útero.	f. Prolapso de vejiga.				
16. ENFERMEDADES DE LAS MAMAS					
a. Quistes de mama.	b. Fibroadenoma de mama.	c. Otras enfermedades de las mamas.			
17. CIRUGÍAS					
a. Colon.	b. Estómago.	c. Próstata.	d. Hernia epigástrica.		
e. Hernia umbilical.	f. Hernia inguinal.	g. Hernias discales: cervical, dorsal o lumbar.			
h. Vesícula.	i. PCRE (Pancreato Colangiografía Retrógrada Endoscópica).				
18. TRANSPLANTE DE CUALQUIER ÓRGANO					
19. SE ENCUENTRA EN PERÍODO DE GESTACIÓN					
20. HÁBITOS					
a. Tomar licor.					
b. Fuma.					
c. Hace deporte.					
21. MENCIONE OTRAS DOLENCIAS O ENFERMEDADES NO CONSIGNADAS EN LA LISTA					

3/4

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES AFIRMATIVA, SÍRVASE PROPORCIONAR INFORMACIÓN DETALLADA

Número de la pregunta respondida afirmativamente	Nombre completo de la persona tratada (Titular)	Diagnóstico de la enfermedad o dolencia (use la letra indicada en el cuestionario)	Fecha de la última atención y lugar (clínica, consultorio o institución)	Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual

SÍ | NO

¿TIENES O HAS TENIDO ALGÚN OTRO SEGURO O PLAN DE SALUD?

COMPañÍA DE SEGUROS | PLAN DE SALUD - EPS | PEAS

SI TU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, COMPLETAR

INDIQUE EL NOMBRE DE LA COMPañÍA DE SEGUROS O EPS | INDIQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO

DESDE ____ / ____ / ____ | HASTA ____ / ____ / ____

INDIQUE EL PERIODO DE VIGENCIA

FECHA DE CESE DE TU ÚLTIMO VÍNCULO LABORAL | FECHA DE INICIO DE TU VÍNCULO LABORAL ACTUAL

4. TIPO DE FACTURACIÓN

Mensual	<input type="checkbox"/>	Bimensual	<input type="checkbox"/>	Trimestral	<input type="checkbox"/>
Cuatrimestral	<input type="checkbox"/>	Semestral	<input type="checkbox"/>	Anual	<input type="checkbox"/>

La Positiva Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima - Perú RUC: 20100210909 Telf: (511)211-0000/(511)211-0211 www.lapositiva.com.pe

5. DECLARACIONES DE LA ASEGURADORA

Las comunicaciones cursadas por el Asegurado y/o beneficiarios al Comercializador, por aspectos relacionados con el microseguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a La Positiva. Asimismo, los pagos efectuados por el Contratante o el encargado de pago de la prima al Comercializador, se consideran abonados a La Positiva.

La Positiva es responsable frente al Asegurado y/o Contratante y/o beneficiarios por las coberturas

contratadas. Asimismo, La Positiva es responsable por los errores u omisiones en que incurra el Comercializador, sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden a éste último. En caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado, aprobado por Res. SBS N° 3274-2017 y normas modificatorias.

6. 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.

El Asegurado autoriza expresamente a La Positiva, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta póliza, a acceder a su 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.

7. 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 SEGUROS Y REASEGUROS S.A.A.** 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° **03899**.

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 podrían 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.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nlD2pG8 para ambos canales. Para mayor detalle

NOTA:

Es obligación del Titular responder todas las preguntas de la presente solicitud, caso contrario, ésta no podrá ser procesada y será devuelta como incompleta.

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-datospersonales> 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 Lloná 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.

Marcar con un aspa: Acepto () / No acepto ()

4/4

Firma de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundaria

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.

_____ de _____ de 202 _____

Firma del Solicitante