

Se debe contestar todas las preguntas con letra legible:

1. DATOS DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR

Apellido Paterno	Apellido Materno o de casada	Nombres	Fecha de Nacimiento
Ocupación	Documento de identidad	Nacionalidad	Teléfonos
Correo Electrónico			
Domicilio (Jr. Calle, Avenida, Nro)		Distrito – Provincia	Departamento
Indique su peso actual en Kg.	Indique su talla en cm.	Indique su presión arterial	

ASEGURADO ADICIONAL (en caso corresponda)

Apellido Paterno	Apellido Materno o de casada	Nombres	Fecha de Nacimiento
Ocupación	Documento de identidad	Nacionalidad	Teléfonos
Correo Electrónico			
Domicilio (Jr. Calle, Avenida, Nro)		Distrito – Provincia	Departamento
Indique su peso actual en Kg.	Indique su talla en cm.	Indique su presión arterial	

2. DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellidos y Nombres / Razón Social		
Tipo de documento	Documento de identidad	Teléfonos
Domicilio (Jr. Calle, Avenida, Nro)	Distrito – Provincia	Departamento

Beneficiario Adicional (en caso corresponda)

Apellidos y Nombres / Razón Social		
Tipo de documento	Documento de identidad	Teléfonos

3. INFORMACION SOBRE EL PRESTAMO.

Producto	Moneda	Plazo	Monto del Préstamo.			
Marcar con un aspa(x) el tipo de crédito:						
Individual - Asegurado Titular						
Mancomunado – Asegurado Adicional						
INFORMACION REQUERIDA DEL ASEGURADO			TITULAR		ADICIONAL	
			SI	NO	SI	NO
1. ¿Se encuentra usted, actualmente, en buen estado de salud?						

2. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad?				
3. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardíaca o hipertensión arterial?				
4. ¿Padece o ha padecido de diabetes mellitus (azúcar alta en la sangre)?				
5. ¿Tiene algún defecto físico?				
6. ¿Le han detectado algún tumor o se sometió a alguna prueba para descartar Cáncer?				
7. ¿Ha aumentado o disminuido considerablemente de peso en los últimos 2 años?				
8. ¿Se encuentra usted, actualmente con algún síntoma de enfermedad o en tratamiento?				
9. ¿Toma usted, en la actualidad, algún medicamento?				
10. ¿Participa usted en carreras automovilísticas, de motocicleta o practica algún deporte o hobby peligroso?				
11. ¿Viaja Ud. en helicóptero, aviones militares, de instrucción, aviones o avionetas particulares no comerciales ?				

4. AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN EL SIGUIENTE RECUADRO (excepto la pregunta N°1 donde deberá ampliarse la respuesta negativa).

Res puesta N°	Detalle ampliatorio

5. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE / ASEGURADO:

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración es verdadera y exacta; y que cualquier omisión o falsedad anula el contrato 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 todas las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que las mismas se encuentran a mi disposición en la página web: www.lapositivavida.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.

En atención a la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, el solicitante declara expresamente que ha sido previamente informado y conoce la política sobre protección de datos personales establecida en las condiciones generales de la póliza. En tal sentido, el solicitante da su consentimiento voluntario, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia de sus datos personales y sensibles al banco de datos de titularidad de la Positiva Vida a nivel nacional.

Asimismo, autorizó a La Positiva Vida para que todas las comunicaciones relacionadas con la ejecución, prestaciones y cualquier modificación de las condiciones de la póliza sean remitidas alternativamente a mi correo electrónico consignado precedentemente.

La Aseguradora informará al Contratante 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 Solicitante / Contratante / Asegurado

Asegurado Adicional