

## SOLICITUD-CERTIFICADO MICROSEGURO CREDISEGURO

### 1. CONTRATANTE

|                                     |  |                    |
|-------------------------------------|--|--------------------|
| NOMBRES/RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL |  |                    |
| DNI   CE   RUC   OTRO               |  |                    |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°           |  | TÉLEFONO           |
| DIRECCIÓN                           |  | DISTRITO           |
| PROVINCIA DEPARTAMENTO              |  | CORREO ELECTRÓNICO |

### 2. ASEGURADO TITULAR

|                        |                    |                     |
|------------------------|--------------------|---------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS    |                    | FECHA DE NACIMIENTO |
| DNI   CE               |                    | S   C   V   D       |
| TIPO DE DOCUMENTO N°   |                    | ESTADO CIVIL        |
| DIRECCIÓN              |                    | DISTRITO            |
| PROVINCIA/DEPARTAMENTO | CORREO ELECTRÓNICO | TÉLEFONO            |

### ASEGURADO ADICIONAL

|                        |                    |                     |
|------------------------|--------------------|---------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS    |                    | FECHA DE NACIMIENTO |
| DNI   CE               |                    | S   C   V   D       |
| TIPO DE DOCUMENTO N°   |                    | ESTADO CIVIL        |
| DIRECCIÓN              |                    | DISTRITO            |
| PROVINCIA/DEPARTAMENTO | CORREO ELECTRÓNICO | TÉLEFONO            |

1/6

### 3. BENEFICIARIOS:

En caso de Fallecimiento del Asegurado, los Beneficiarios serán los indicados a continuación:

| APELLIDOS Y NOMBRES | DOCUMENTO DE IDENTIDAD (TIPO/N°) | RELACIÓN CON EL ASEGURADO TITULAR | % DE PARTICIPACIÓN |
|---------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
|                     |                                  |                                   |                    |
|                     |                                  |                                   |                    |
|                     |                                  |                                   |                    |
|                     |                                  |                                   |                    |

Los **Beneficiarios** en caso de Fallecimiento del **Asegurado** serán los designados en esta póliza. En caso de no indicar los porcentajes se pagara en partes iguales, y ante la no designación de beneficiarios, la indemnización será pagada en el siguiente orden de precedencia:

- El cónyuge sobreviviente.
- Los hijos menores de dieciocho (18) años y/o los mayores de dieciocho (18) años incapacitados de manera total y permanente para el trabajo. En caso de concurrencia, percibirán la indemnización en partes iguales.

- Los hijos mayores de dieciocho (18) años.
- Los padres.
- Los herederos legales del Asegurado, previa presentación de la copia literal de la inscripción en la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos de la Sucesión Intestada o Testamento.

Si son dos o más los **beneficiarios** designados, el importe se dividirá y abonará por partes iguales sea cual fuera el vínculo de los **beneficiarios** con el **Asegurado**.

#### 4. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

| Coberturas                                      | Suma Asegurada |
|---|----------------|
| Indemnización por Fallecimiento del Titular     |                |
| Indemnización de Luto por Fallecimiento Titular |                |
| Indemnización de Luto por Fallecimiento Cónyuge |                |
| PRIMA COMERCIAL                                 |                |
| PRIMA COMERCIAL + IGV (cuando corresponda)      |                |

El monto de la prima comercial incluye la comisión del corredor de seguros y/o comercializador, según corresponda.

#### 5. PRIMA: El monto de la prima será cancelado con periodicidad: Mensual/ Trimestral / Semestral / Anual

La prima convenida será pagada mensualmente / Trimestralmente / Semestralmente / Anualmente de forma: (i) directa en las oficinas de la aseguradora o comercializador, (ii) a través de cargo en cuenta del contratante y/o asegurado, (iii) descuento por planilla, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a la fecha de inicio de vigencia del seguro, y considerando esta fecha se deberá proceder de igual manera cada mes que corresponda para el pago de la prima. Si la prima no es

pagada dentro del plazo indicado, se otorga un plazo de gracia adicional de treinta (30) días calendario contados desde el día siguiente al último día que el **Asegurado / Contratante (el que corresponda)** tuvo para cancelar la prima, vencido el cual frente a su incumplimiento el contrato quedará resuelto de pleno derecho sin necesidad de comunicación escrita. Durante el período de gracia la cobertura de la póliza permanecerá vigente.

#### 6. DEFINICIONES

a) **Asegurado:** Persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza que cumple con los requisitos de edad establecidos en la póliza, y cuyo nombre figura en la solicitud-certificado. El Asegurado, de ser el caso, en la fecha de suscripción del contrato de seguro autoriza de forma expresa al Contratante, a tomar a su favor las coberturas establecidas en el presente contrato. En dicho supuesto, el Asegurado podrá revocar en cualquier momento su consentimiento a través de una comunicación escrita. Desde la fecha de recepción de la comunicación del Asegurado, la Aseguradora cesa la cobertura y el Contratante tendrá derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al periodo en que la póliza estuvo vigente.

Cuando se haga referencia a Asegurado, se deberá entender que se incluyen tanto al Asegurado Titular como al Asegurado Adicional.

b) **Asegurados Adicionales:** Son los familiares directos del

Asegurado Titular.

La Aseguradora no otorgará cobertura a los Asegurados Adicionales en caso el parentesco con el Asegurado Titular no corresponde a los permitidos en esta póliza.

c) **Indemnización por Fallecimiento del Asegurado Titular:** Monto indemnizatorio que se entrega a los Beneficiarios, al fallecimiento del Titular del Seguro.

d) **Conviviente:** Aquél que establece una unión de hecho, voluntariamente realizada y mantenida por un varón y una mujer, libres de impedimento matrimonial, que procuran alcanzar las finalidades y deberes semejantes a los del matrimonio, según lo establecido en el artículo 326 del Código Civil.

**Indemnización de Luto:** Monto indemnizatorio de libre disponibilidad que al fallecimiento del Asegurado Titular, cónyuge o conviviente (concubino) se entrega a sus Beneficiarios.

2/6

#### 7. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Podrá ingresar como Asegurado cualquier persona mayor de dieciocho años de edad:

Edad máximo de ingreso:

Edad máxima de permanencia:

#### 8. VIGENCIA: \_\_\_\_\_ con renovación automática.

**La fecha de Inicio de Vigencia:** A partir de las 12:00 horas de la fecha de emisión de la presente solicitud certificado y luego que el **Asegurado** la hubiere firmado en señal de conformidad.

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros:

Razón Social:

Código SBS:

Dirección:

Comisión (Monto/Porcentaje):

Cargos por la comercialización de seguros a través de la Bancaseguros u otro comercializador:

Razón Social:

RUC:

Dirección:

Comisión (Monto/Porcentaje):

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor:

Razón Social:

Código SBS:

Dirección:

Comisión (Monto/Porcentaje):

RUC:

## 9. EXCLUSIONES

El presente microseguro no otorga cobertura a siniestros ocurridos a consecuencia de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- Guerra civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección sublevación, rebelión, sedición, motín.
- Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.
- Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.

## 10. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, se deberá presentar debidamente llenado el formulario de declaración de siniestro, el cual es otorgado por el comercializador y que debe ser acompañado por la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

En caso de fallecimiento:

- a) Certificado Médico de Defunción del Asegurado Titular o Cónyuge o conviviente (concubino) Asegurado, según corresponda.
- b) Acta o Partida de Defunción, del Asegurado Titular o Cónyuge o conviviente (concubino) Asegurado, según corresponda.
- c) DNI de Beneficiarios.
- d) Copia literal de la inscripción definitiva emitida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos de la Sucesión Intestada o Testamento, en caso corresponda.

En caso de fallecimiento por accidente, se deberá presentar la siguiente documentación adicional:

- e) Copia Certificada de la Denuncia Policial.
- f) Protocolo de Necropsia, cuando corresponda.

El aviso de siniestro y la solicitud de cobertura deberán

ser presentados en la oficinas de Comercializador o la Positiva Vida (según corresponda) en un plazo no mayor a ciento ochenta (180) días desde la fecha que se tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio de la póliza. El incumplimiento del plazo antes indicado no será causal del rechazo del siniestro si el beneficiario prueba su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

Para tal efecto, debe considerarse que la oficina principal de la Positiva Vida se encuentra ubicada en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima.

El teléfono de la Positiva Vida es (01) 211- 0212, en la ciudad de Lima y el detalle de las oficinas de la Positiva Vida a nivel nacional pueden encontrarse en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe).

Las acciones derivadas del presente seguro prescriben en el plazo establecido en la normativa vigente.

La Positiva Vida pagará la suma asegurada en sus oficinas, directamente al (a los) Beneficiario(s) designados por el Asegurado o a través del comercializador, en un plazo máximo de veinte (20) días calendarios de recibida toda la documentación sustentatoria referida en la presente cláusula.

3/6

## 11. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

El Asegurado, y/o el beneficiario perderán el derecho a ser indemnizados, quedando La Positiva Vida relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de

cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

En caso que exista más de un beneficiario, la actuación dolosa o engañosa de uno no afectará el derecho de los demás beneficiarios, salvo que éste actúe debidamente facultado en representación de éstos.

## 12. ÁREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS, QUEJAS Y/O CONSULTAS

La Positiva Vida atenderá los reclamos y/o consultas a través del "Área de Servicio al Cliente". Los reclamos serán atendidos en un plazo no mayor a 15 días calendarios desde la fecha de su presentación.

El Contratante, Asegurado y/o los Beneficiarios pueden presentar sus reclamos y/o consultas (i) llamando

al teléfono (01) 211-0211, (ii) de forma presencial o por escrito en cualquiera de sus puntos de venta, coordinadoras externas ubicadas en clínicas afiliadas u oficinas a nivel nacional, cuyas direcciones pueden ubicarlas en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe), y, (iii) a través del formulario virtual de la página web antes indicada.

## 13. INFORMACION ADICIONAL

La información contenida en la presente solicitud-certificado es parcial e informativa, debiendo complementarse la misma con las Condiciones Generales de la Póliza que obran en poder del Contratante.

El Asegurado tiene derecho a solicitar, copia de la póliza del seguro de grupo o colectivo a la Positiva Vida, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el asegurado.

El Asegurado tiene derecho a presentar sus reclamos

a la Defensoría del Asegurado, denuncias ante la Superintendencia de Banca y Seguros y reclamos y denuncias ante el INDECOPI

Si el microseguro es ofrecido a través de un comercializador a distancia, el Asegurado podrá ejercer su **derecho de arrepentimiento**, esto es, podrá resolver sin expresión de causa la solicitud-certificado, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la misma, siempre que éste no sea condición para la contratación de una operación crediticia, debiendo la

Positiva Vida devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la solicitud. El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido cuando se haya utilizado alguna de las coberturas o beneficios del seguro. Para tal efecto, el Contratante podrá ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos o medios que usó para la contratación del Seguro.

Asimismo, durante la vigencia de la presente solicitud-certificado, el Contratante tiene derecho a resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, debiendo de comunicarlo a la Positiva Vida con una antelación no menor a 30 días, pudiendo para tal efecto, utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados al momento de la contratación de la póliza.

El Asegurado por su parte, tiene derecho a resolver la presente solicitud-certificado de seguro sin expresión

de causa, siguiendo el procedimiento establecido en el párrafo precedente.

En la fecha que se efectúe la resolución contractual, deberá gestionarse por escrito y en las oficinas de la Positiva Vida, el reembolso de la prima que corresponda, la misma que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

El Contratante tiene derecho de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por La Positiva Vida, durante la vigencia del contrato de seguro, contando para ello con el plazo de treinta (30) días una vez recibida dicha propuesta. La Positiva Vida proporcionará al Contratante la información o documentación necesaria para que, en caso corresponda, éste ponga en conocimiento del Asegurado, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato de seguro.

## 14. DECLARACIONES DE LA POSITIVA VIDA

Las comunicaciones cursadas por el Asegurado y/o beneficiarios al Comercializador, por aspectos relacionados con la solicitud-certificado de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la Positiva Vida. Asimismo, los pagos efectuados por el Contratante o el encargado de pago de la prima al Comercializador, se consideran abonados a la Positiva Vida en la fecha de su realización.

La Positiva Vida es responsable frente al Asegurado y/o Contratante y/o beneficiarios por las coberturas contratadas. Asimismo la Positiva Vida 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 Transparencia de Información y Contratación de Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por Res. SBS N° 8181-2012 y normas modificatorias.

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley N° 29355.

## 15. DECLARACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado reconoce que cualquier declaración inexacta o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable conllevará a la nulidad de la solicitud - certificado de seguro, quedando La Positiva Vida liberada de cualquier responsabilidad.

Asimismo, autoriza a La Positiva Vida para que todas las comunicaciones relacionadas con la ejecución, prestaciones y cualquier modificación de las condiciones de la póliza o solicitud-certificado sean remitidas al domicilio físico o alternativamente a su correo electrónico consignados precedentemente.

En atención a la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, el Asegurado 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, 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.

4/6

## 16. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Usted, en calidad de contratante y/o asegurado identificado según los datos personales registrados en la 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 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-96badd2c6ea/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18\\_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nlD2pG8](https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6ea/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-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-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 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.

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

5/6

\_\_\_\_\_  
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.

Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.

Declaro que he tomado conocimiento directo de 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)

|                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| _____/_____/_____<br>Fecha de emisión | <br>_____<br>La Positiva Vida | <br>_____<br>Asegurado |
|---------------------------------------|--|---|