

MICROSEGURO DE VIDA INDIVIDUAL MANOS SOLIDARIAS-SOLES

Póliza Simplificada

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros
Av. Javier Prado Este y Fco. Masías N°370, Tercer Piso
Registro SBS: VI2078010099
San Isidro, Lima -Perú
RUC.: 20454073143
Telf. (01) 211-0211
www.lapositiva.com.pe

Póliza N°:
Código

1. CONTRATANTE

Nombres / Razón o denominación social:

Documento de identidad: DNI ___ CE ___ N°:
RUC ___ Otro ___

Dirección:

Teléfono: Correo Electrónico:

2. ASEGURADO

Nombres y Apellidos:

Documento de identidad: DNI ___ CE ___ N°:

Dirección:

Fecha de nacimiento: Estado civil: S ___ C ___ V ___ D ___

Teléfono: Correo electrónico:

3. CUESTIONARIO DE SALUD

a) ¿Padece o ha padecido algún infarto cardíaco, derrame cerebral, insuficiencia renal crónica y cáncer u otra enfermedad relacionada a las antes indicadas que requiera tratamiento, observación médica u hospitalización? S ___ N ___

b) ¿Le han detectado algún tumor o Cáncer? S ___ N ___

c) ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardíaca o hipertensión arterial? S ___ N ___

En caso de respuesta afirmativa, sírvase brindar detalle:

El cuestionario de salud contenido en la presente póliza simplificada únicamente es utilizado por La Positiva Vida para conocer el estado del riesgo,

en tal sentido, la declaración de alguna enfermedad en el cuestionario de salud no implica que La Positiva Vida otorgará la cobertura en caso que el siniestro se produzca como consecuencia de dicha enfermedad si ésta resulta preexistente a la contratación de la póliza, por el contrario la misma será rechazada conforme a las condiciones del microseguro.

4. BENEFICIARIOS En caso de Fallecimiento del Asegurado, los **Beneficiarios** serán los indicados a continuación:

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad (tipo/N°)	Parentesco	% de Participación

Los Beneficiarios en caso de Fallecimiento del Asegurado serán los designados en esta póliza. En caso que no se señalen porcentajes, se pagará en partes iguales y en caso el Contratante no realice la designación de beneficiarios, la indemnización será pagada en el siguiente orden de precedencia:

- a) El cónyuge o conviviente (concubino) sobreviviente.
- b) 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.
- c) Los hijos mayores de dieciocho (18) años.
- d) Los padres.
- e) 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, el importe se dividirá y abonará por partes iguales sea cual fuera el vínculo de los beneficiarios con el Asegurado.

5. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Coberturas	Suma Asegurada
Indemnización por Fallecimiento	X,XXX
Muerte por Accidente	Hasta X,XXX
PRIMA COMERCIAL	X,XXX
PRIMA COMERCIAL + IGV (cuando corresponda)	X,XXX

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

6. PRIMA

El monto de la prima será pagada con periodicidad: Mensual/ Trimestral / Semestral / Anual.

La prima convenida será pagada mensualmente de forma: (i) directa en las oficinas de la aseguradora o comercializador, (ii) a través de cargo en cuenta del contratante, (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 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.**

7. DEFINICIONES.

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**

Enfermedad Terminal: Bajo los términos del presente microseguro, son las siguientes enfermedades: infarto cardíaco, Derrame cerebral, insuficiencia renal crónica y cáncer que afecten al asegurado antes de la vigencia de la presente póliza y que el médico de La Positiva certifique que producto de la enfermedad, el Asegurado tiene un periodo de vida no mayor de 120 días.

Indemnización por Fallecimiento: Es el importe que está obligado a pagar la Positiva Vida a los beneficiarios en caso de producirse la muerte natural o accidental del asegurado.

Muerte por Accidente: Es la muerte del Asegurado como consecuencia de un accidente amparado por esta póliza la cual ocurra a más tardar dentro de un año contado desde la fecha del accidente.

Observación médica: Es la revisión médica que de manera periódica un profesional autorizado para ejercer la medicina realiza sobre una persona para descartar algún tipo de enfermedad.

8. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Podrá ingresar como Asegurado cuyas edades oscilen entre los 18 y XX años
Edad Máxima de Permanencia:

9. VIGENCIA: Mensual con renovación automática

A partir de las 12:00 horas de la fecha de emisión de la presente póliza y luego que el Asegurado la hubiere firmado en señal de conformidad.

10. 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. Radiación nuclear.
- Participación activa en actos delictivos, subversivos o terroristas.
- Los accidentes que se produzcan en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas, siempre y cuando dicha condición guarde relación directa con el accidente.

- Enfermedades terminales diagnosticadas antes de la contratación de la póliza.

11. CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

11.1 La cobertura del microseguro termina sin necesidad de aviso o comunicación alguna:

- a) Cuando la Positiva Vida pague la totalidad de las coberturas contratadas.
- b) A partir del mes siguiente en que el Contratante y/o Asegurado cumpla la edad límite de permanencia establecida en las presentes condiciones.

11.2 La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por la falta de pago de la prima, después del transcurso del plazo de gracia de treinta (30) días calendario. En dicho supuesto, la Positiva Vida tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el período efectivamente cubierto.
- b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, debiendo comunicarlo previamente a la Positiva Vida, la resolución surtirá efectos de forma inmediata, presentando la siguiente documentación:

- Carta dirigida a la Positiva Vida en la que se manifiesta expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.
- Original y copia de documento nacional de identidad.

Dicho trámite se efectuará en las Plataformas de Atención al Cliente de la Positiva Vida, cuyas direcciones se encuentran en la web www.lapositiva.com.pe, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro.

- c) Cuando medie solicitud de cobertura fraudulenta, supuesto en el cual la Aseguradora de forma conjunta con la comunicación de rechazo del siniestro, dentro del plazo señalado en el último párrafo de la cláusula 11, informará la resolución del contrato de seguro.

A partir del día siguiente de producida la resolución contractual, El Contratante podrá solicitar por escrito en las oficinas de la Positiva Vida, el reembolso de la prima que corresponda por el periodo no corrido, el mismo que no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. El reembolso se podrá hacer efectivo en las oficinas de La Positiva Vida luego de treinta (30) días calendarios de haber sido presentada la solicitud respectiva.

11.3 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro desde el momento de su celebración. El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

- a) Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.**
- b) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.**
- c) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado– de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Positiva Vida hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La Positiva Vida tiene un plazo de treinta (30) días calendario para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.**
- d) Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.**

En caso de nulidad, La Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses, dentro de los 30 días hábiles siguientes de la fecha de declaración de la nulidad del contrato, es decir, la fecha de comunicación de la nulidad al Contratante, excepto cuando el Contratante y/o Asegurado realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

12. 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 acompañando por la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

En caso de Gastos de Sepelio:

- a) Fotocopia del DNI del fallecido, en caso de contar con él.**
- b) Certificado Médico de Defunción, documento emitido por el médico que certifica el fallecimiento, donde se describe cuál fue la causa del fallecimiento y las enfermedades que lo causaron.**
- c) Acta o Partida de Defunción, documento donde consta la inscripción del fallecido en la municipalidad o RENIEC.**
- d) Documentos de identidad de(l)(os) Beneficiario(s).**
- e) 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, cuando corresponda, la siguiente documentación adicional:

f) Copia certificada de la Denuncia Policial.

g) Protocolo de Necropsia, ordenado por el Ministerio Público.

h) Dosaje etílico, ordenado por la Policía Nacional del Perú.

El aviso de siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados en las oficinas de ADRA PERU, 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 211-0-211 a nivel nacional y el detalle de las oficinas de la Positiva Vida a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositiva.com.pe.

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo establecido en la normativa vigente de diez (10) años contados desde la ocurrencia del siniestro o desde conocido el beneficio, para el caso de las coberturas de fallecimiento. 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.

13. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO

Los Beneficiarios 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.

La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución automática del contrato de seguros. En dicho supuesto, la Aseguradora enviara una comunicación de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la

recepción de los documentos indicados en la cláusula 12 de las presentes condiciones.

14. ÁREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS 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 211-0-211 , (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, y, (iii) a través del formulario virtual de la página web antes indicada.

15. MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES

15.1 A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación escrita y detallando las modificaciones en caracteres destacados, remitida por la Positiva Vida a través de los mecanismos de comunicación pactados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por La Positiva Vida; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

En caso la propuesta de modificación enviada por La Positiva Vida sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la póliza.

15.2 Durante la vigencia del contrato, la Positiva Vida no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por La Positiva Vida y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de su vigencia.

16. INFORMACION ADICIONAL.

El Contratante y/o Asegurado y/o beneficiarios tienen derecho a presentar sus reclamos a la Defensoría del Asegurado, denuncias ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, y reclamos y denuncias ante el INDECOPI.

Si el microseguro es ofrecido a través de un comercializador a distancia y/o comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el Contratante podrá ejercer su **derecho de arrepentimiento**, esto es, podrá resolver sin expresión de

causa el contrato de seguro, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza simplificada, 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 la misma que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes **a la solicitud del derecho de arrepentimiento**. 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 hacer valer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

El **Asegurado** tiene derecho a solicitar copia de la póliza del seguro de grupo o colectivo a la Positiva Vida o comercializador, 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 Contratante y/o Asegurado autoriza el envío de la póliza, endosos, renovaciones, comprobantes de pago electrónicos y cualquier comunicación o documentación relacionada a las pólizas de seguro y/o planes de salud contratados, al domicilio, correo electrónico o teléfono (sms, whatsapp o llamada) consignado en el presente documento.

17. COMERCIALIZADOR /CORREDOR DE SEGUROS (cuando corresponda)

Nombres / Razón o denominación social:

Documento de identidad: DNI ____ CE ____
RUC ____ Otro ____

N°:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Comisión:

Código de Registro (Cuando corresponda):

18. DECLARACIONES DE LA POSITIVA VIDA

Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado y/o beneficiarios al Comercializador, por aspectos relacionados con la póliza simplificada, 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.

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.

19. DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

El Contratante y/o Asegurado reconocen que cualquier declaración inexacta o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable conllevará a la nulidad del contrato de seguro, quedando La Positiva Vida liberada de cualquier responsabilidad.

El Asegurado autoriza expresamente a La Positiva Vida, 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.

En aquellos casos en que el Asegurado sea una persona diferente al Contratante, el Asegurado declara haber otorgado su consentimiento para tener la cobertura del presente seguro, no obstante, ello podrá revocar dicho consentimiento, en cualquier momento debiendo comunicarlo por escrito previamente a la Positiva Vida con una anticipación no menor a treinta (30) días calendarios.

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-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 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 ()**

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.

Declaro que he tomado conocimiento de todas las condiciones de la presente póliza, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que las mismas se encuentran a mi disposición en la página web: www.lapositiva.com.pe

Fecha de emisión: XXXXX

LA POSITIVA VIDA	CONTRATANTE	ASEGURADO