

## SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL

SE DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS CON LETRA LEGIBLE:

### 1. DATOS DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR

|                                     |                    |                     |
|-------------------------------------|--------------------|---------------------|
| NOMBRES                             | APELLIDO PATERNO   | APELLIDO PATERNO    |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD              | NACIONALIDAD       | FECHA DE NACIMIENTO |
| DOMICILIO (JR. CALLE, AVENIDA, NRO) | DISTRITO           |                     |
| PROVINCIA/DEPARTAMENTO              | CORREO ELECTRÓNICO |                     |
| OCUPACIÓN                           | TELÉFONO           |                     |

### ASEGURADO ADICIONAL (en caso corresponda)

|                                     |                    |                     |
|-------------------------------------|--------------------|---------------------|
| NOMBRES                             | APELLIDO PATERNO   | APELLIDO PATERNO    |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD              | NACIONALIDAD       | FECHA DE NACIMIENTO |
| DOMICILIO (JR. CALLE, AVENIDA, NRO) | DISTRITO           |                     |
| PROVINCIA/DEPARTAMENTO              | CORREO ELECTRÓNICO |                     |
| OCUPACIÓN                           | TELÉFONO           |                     |

### 2. DATOS DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL

|                                     |             |                        |
|-------------------------------------|-------------|------------------------|
| BANCO DE LA NACIÓN                  | 20100030595 | (01) 519-2000          |
| RAZÓN SOCIAL                        | RUC         | TELÉFONO               |
| AV. JAVIER PRADO ESTE 2499          | SAN BORJA   | LIMA - LIMA            |
| DOMICILIO (JR. CALLE, AVENIDA, NRO) | DISTRITO    | PROVINCIA/DEPARTAMENTO |

### 3. INFORMACIÓN DEL CRÉDITO HIPOTECARIO

| MODALIDAD                                                   | MONEDA | PLAZO | MONTO |
|-------------------------------------------------------------|--------|-------|-------|
| 5705750 - COMPRAS (BIEN TERMINADO) <input type="checkbox"/> |        |       |       |
| 5705747- MEJORAS <input type="checkbox"/>                   |        |       |       |

Marcar con un aspa(x) el tipo de crédito

Individual - Asegurado Titular ☐

Mancomunado - Asegurado Adicional ☐

### INFORMACIÓN REQUERIDA DEL ASEGURADO - DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)

|                               | TITULAR | ADICIONAL |
|-------------------------------|---------|-----------|
| Indique su peso actual en Kg. |         |           |
| Indique su talla en cm.       |         |           |

| Responda las siguientes preguntas:                                                                                                                                                                                                                                               | SI | NO | SI | NO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|
| 1. ¿Ha requerido o le han recomendado o se ha sometido a hospitalización para tratamiento quirúrgico o médico?                                                                                                                                                                   |    |    |    |    |
| 2. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardíaca o hipertensión arterial, o diabetes mellitus (azúcar alta en la sangre)?                                                                                                                                                  |    |    |    |    |
| 3. ¿Padece de algún impedimento físico, defecto visual o auditivo que le impida o dificulte desarrollarse con normalidad?                                                                                                                                                        |    |    |    |    |
| 4. ¿Le han detectado algún tumor o se sometió a alguna prueba para descartar Cáncer? (*)<br>(*) No considerar pruebas de chequeo preventivo que tienen los seguros oncológicos.                                                                                                  |    |    |    |    |
| 5. ¿Ha padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en los ítems anteriores de la presente DPS, se está sometiendo a algún tratamiento tomando algún medicamento bajo prescripción médica o se encuentra en proceso de estudio el diagnóstico de alguna enfermedad? |    |    |    |    |
| 6. ¿Participa usted en carreras automovilísticas, de motocicleta o practica algún deporte o hobby que ponga en riesgo su integridad física y/o requiera de implementos de protección para su ejercicio?                                                                          |    |    |    |    |

#### AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN EL SIGUIENTE RECUADRO

| RESPUESTA N° | DETALLE AMPLIATORIO |
|--------------|---------------------|
|              |                     |
|              |                     |
|              |                     |

#### 4. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Todo prestatario está obligado a llenar una declaración personal de salud (DPS) y realizarse exámenes médicos según tabla de requisitos detallada a continuación, a excepción de aquellos que soliciten un crédito hipotecario de hasta S/ 30,000 y su edad sea hasta 1 día antes de cumplir los 41 años:

| Edad de Ingreso                                                              | Rango de Créditos             |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                                                              | Hasta S/ 30,000.00            | Más de S/ 30,000.00 y hasta S/ 150,000.00                  | Más de S/ 150,000.00 y hasta S/ 190,000.00                 | Más de S/ 190,000.00 y hasta S/ 300,000.00                 | Más de S/ 300,000.00 y hasta S/ 600,000.00                 | Más de S/ 600,000.00 y hasta S/ 1,500,000.00               |
| Hasta un día antes de cumplir los 41 años                                    | Aprobación automática sin DPS | DPS                                                        | DPS                                                        | DPS                                                        | DPS                                                        | DPS y exámenes médicos según diagnóstico de LA ASEGURADORA |
| Desde haber cumplido los 41 años y hasta un día antes de cumplir los 56 años | DPS                           | DPS                                                        | DPS                                                        | DPS                                                        | DPS y exámenes médicos según diagnóstico de LA ASEGURADORA | DPS y exámenes médicos según diagnóstico de LA ASEGURADORA |
| Desde haber cumplido los 56 años y hasta un día antes de cumplir los 66 años | DPS                           | DPS                                                        | DPS                                                        | DPS y exámenes médicos según diagnóstico de LA ASEGURADORA | DPS y exámenes médicos según diagnóstico de LA ASEGURADORA | DPS y exámenes médicos según diagnóstico de LA ASEGURADORA |
| Desde haber cumplido los 66 años y hasta un día antes de cumplir los 76 años | DPS                           | DPS y exámenes médicos según diagnóstico de LA ASEGURADORA | DPS y exámenes médicos según diagnóstico de LA ASEGURADORA | DPS y exámenes médicos según diagnóstico de LA ASEGURADORA | No corresponde                                             | No corresponde                                             |

DPS: Declaración personal de Salud

## 5. SUSCRIPCIÓN AUTOMÁTICA

- A. El Banco de la Nación aprobará la suscripción automáticamente sin Declaración Personal de Salud (DPS) para los seguros de desgravamen para Créditos Hipotecarios que cumplan con las siguientes edades y sumas aseguradas\*:
- Hasta un día antes de cumplir los 41 años y hasta la suma asegurada de S/ 30,000.
- B. Las condiciones de tratamiento operativo de la Declaración Personal de Salud (DPS) de clientes de Créditos Hipotecarios del Banco de la Nación, en el caso de Seguro de Desgravamen será la siguiente: El Banco de la Nación aprobará de manera automática, toda Declaración Personal de Salud (DPS), que no contenga ninguna respuesta afirmativa relacionada a una patología o enfermedad, que no tenga ningún requerimiento adicional o modificación de su préstamo y que cumpla con las siguientes edades y sumas aseguradas\*:
- Hasta un día antes de cumplir los 41 años, y desde una suma asegurada mayor a S/ 30,000 hasta S/ 300,000.
  - Desde los 41 años hasta 1 día antes de cumplir los 56 años y hasta la suma asegurada de S/

300,000.

- Desde los 56 años hasta un día antes de cumplir los 66 años y hasta la suma asegurada de S/ 190,000.

C. Para los demás casos que no cumplen con este parámetro serán enviados al área de suscripción de La Positiva Vida, para su evaluación. La Positiva Vida podrá solicitar exámenes médicos adicionales de considerarlo conveniente y se aplicará recargo en caso corresponda.

Para los siguientes rangos etarios "Hasta un día antes de cumplir los 41 años y la suma asegurada máxima mayor a S/ 300,000 y hasta la suma asegurada de S/ 600,000" y "Desde haber cumplido los 66 años y hasta un día antes de cumplir los 76 años y hasta la suma asegurada de S/ 30,000", el Banco de la Nación deberá enviar la DPS al equipo Implant de La Positiva Seguros con el objetivo de gestionar las labores propias de la suscripción del riesgo.

\*La suma asegurada considera cúmulos, es decir la suma total de todos los créditos vigentes asegurados del cliente.

## 6. 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 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)

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.

## 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 será firmada por el contratante y por el asegurado cuando el primero 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.**

Sí 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

3/4

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](mailto: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-](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-)

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.

La Aseguradora informará al Contratante a los quince (15) días hábiles de presentada la solicitud si ésta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo.

**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.

Sí acepto ☐ / No acepto ☐

Firma de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias

4/4

Los Nombre(s), Apellidos y documento(s) de identidad de las personas que otorga el consentimiento para finalidades secundarias (contratante y asegurado), se encuentran 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.

\_\_\_\_\_  
Fecha de Declaración

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante /  
Contratante/ Asegurado

\_\_\_\_\_  
Asegurado Adicional