

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL PRIMA MENSUAL

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, N.º) | 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, N.º) | 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 | | | |
| FINANCIERA TFC S.A. | | | |
| Tipo de documento | Documento de Identidad | Teléfonos | |
| RUC | 20337996834 | 313-3600 | |
| Domicilio (Jr. Calle, Avenida, N.º) | Distrito | Departamento | |
| Av. Javier Prado Este N.º 560 Int. 601 | San Isidro - Lima | Lima | |

| 3. Información sobre el Préstamo | | | |
|----------------------------------|--------|-------|--------------------|
| Producto | Moneda | Plazo | Monto del Préstamo |
| | | | |

Marcar con un aspa(x) el tipo de crédito:

| | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Individual - Asegurado Titular | <input type="checkbox"/> |
| Mancomunado – Asegurado Adicional | <input type="checkbox"/> |

| Información requerida del Asegurado | Titular | | Adicional | |
|---|---------|----|-----------|----|
| | SI | NO | SI | NO |
| 1. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad? | | | | |
| 2. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardíaca o hipertensión arterial? | | | | |

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

4. Ampliar respuestas Afirmativas en el siguiente Recuadro

| Respuesta N.º | 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 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

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