

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL SEGURO DE RENTA ESTUDIANTIL

1. Contratante (Llenar con letra imprenta y marcar con "x" donde corresponda)			
Apellido Paterno y Materno	Nombres	RUC	
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA		20110768151	
Dirección	Distrito	Provincia	Departamento
Avenida Honorio Delgado N.º 430 Urb. Ingeniería Lima	San Martín de Porres	Lima	Lima
Actividad económica a la que se dedica:			
Enseñanza Superior			

2. Asegurado (Llenar con letra imprenta y marcar con "x" donde corresponda)					
Apellidos y Nombres		Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	DNI / CE
Estado Civil	Nacionalidad	Telf. Casa	Telf. Trabajo	Telf. Celular	
Dirección			Distrito	Provincia / Departamento	
Indique su peso actual en Kg.			Indique su talla en cm.		
Ocupación o Actividad					

3. Beneficiario de la Cobertura de Pensión Educativa						
(Llenar con letra imprenta y marcar con "x" donde corresponda)						
Apellidos y Nombres		Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	DNI / CE
Centro de Estudios			Año / Grado			
Universidad Peruana Cayetano Heredia						

4. Información del Solicitante / Asegurado						SI	NO
Sírvese a responder esta declaración por usted o alguno de sus dependientes incluidos en esta solicitud:							
a) ¿Ha padecido alguna enfermedad que les haya obligado a interrumpir en los últimos cinco (05) años su actividad profesional durante más de quince (15) días consecutivos?							
b) ¿Han sufrido algún accidente o tienen alguna alteración física?							
c) ¿Han sido intervenido(s) quirúrgicamente en el último año?							
d) ¿Tienen alguna enfermedad grave como cáncer, tumores malignos, insuficiencia renal, secuela de accidente cerebro vascular (ACV), Sida o enfermedad congénita?							
e) ¿Padecen de taquicardias, angina de pecho, derrame cerebral, diabetes, epilepsia?							
f) ¿Considera usted que se encuentran en perfecto estado de salud?							
En caso de responder SI a cualquiera de las preguntas arriba indicadas (excepto f), sírvase especificar:							
	L°	Diagnóstico / Causa	Mes / Año	Tratamiento Actual (Si / No)	Fecha último Episodio	Nombre del médico tratante / Centro médico	
L°: Literal de Cuestionario de Declaración de Salud							

5. Declaración

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas. La reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante y/o **Asegurado**, que hubiese impedido la celebración del contrato de seguro o modificado sus condiciones si La Positiva Vida hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato de seguro si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o **Asegurado**, 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 calendario 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