

Fecha Entrega: _____
Nombre Agencia: _____

Señores:
 La Positiva Vida
 Referencia: Atención de Siniestros Vida

DATOS DEL DECLARANTE/INFORMA DEL SINIESTRO

Nombres y Apellidos: _____ DNI: _____

Dirección: _____

Departamento / Provincia: _____ Distrito: _____

Referencias para llegar: _____

Teléfono fijo: _____ N° Celular: _____

Correo electrónico: _____

DATOS DEL ASEGURADO:

Nombres y Apellidos: _____ DNI: _____

Fecha de Ocurrencia del Siniestro: _____

DATOS DE LA POLIZA:

CONTRATANTE: _____ POLIZA/CRTF: _____

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nombres y Apellidos		DNI	Telf. Fijo	Celular
BENEFICIARIO #1				
Departamento		Correo Electronico		
Provincia				
Distrito:				
Direccion:				
Referencia				

Nombres y Apellidos		DNI	Telf. Fijo	Celular
BENEFICIARIO #2				
Departamento		Correo Electronico		
Provincia				
Distrito:				
Direccion:				
Referencia				

Nombres y Apellidos		DNI	Telf. Fijo	Celular
BENEFICIARIO #3				
Departamento		Correo Electronico		
Provincia				
Distrito:				
Direccion:				
Referencia				

Nombres y Apellidos		DNI	Telf. Fijo	Celular
BENEFICIARIO #4				
Departamento		Correo Electronico		
Provincia				
Distrito:				
Direccion:				
Referencia				

** Declaro bajo juramento que toda la información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas, exactas y se encuentran actualizadas.
 * La información correspondiente a domicilio, teléfono y correo electrónico de los beneficiarios debe ser llenada de forma obligatoria. El declarante autoriza a la Positiva Vida para que todas las comunicaciones necesarias para la evaluación, calificación y liquidación del Siniestro sean remitidas por cualquiera de los medios consignados en este documento.*

Otros: _____

De acuerdo a la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, el solicitante da su consentimiento expreso previamente informado para la utilización de sus datos personales que se mencionan en el presente documento, así como para poder transferirlos a las empresas vinculadas con la Positiva Vida o con las que esta mantenga una relación contractual, cuando ello resulte necesario.

FIRMA DEL DECLARANTE

FORMATO DE DEPÓSITO EN CUENTA BANCARIA - LA POSITIVA

1. DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS				FECHA DE NACIMIENTO	
DNI CE RUC OTRO	N°	M F	SEXO	NACIONALIDAD	S C D VIUDO(A) CONVIVIENTE
TIPO DE DOCUMENTO			ESTADO CIVIL		
DIRECCIÓN			DISTRITO / PROVINCIA		DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO		

2. BENEFICIO

INDEMNIZACIÓN REEMBOLSO

3. AUTORIZO QUE EL PAGO COMO ASEGURADO SEA ABONADO A LA SIGUIENTE CUENTA BANCARIA:

DATOS DE CUENTA BANCARIA:

ENTIDAD BANCARIA
TIPO DE CUENTA
N° CUENTA BANCARIA MN
N° CUENTA INTERBANCARIA (CCI) MN

4. AUTORIZO QUE EL PAGO COMO BENEFICIARIO SEA ABONADO A LA SIGUIENTE CUENTA BANCARIA:

DATOS DE CUENTA BANCARIA:

ENTIDAD BANCARIA	DNI CE RUC OTRO	N°
TIPO DE DOCUMENTO		
TIPO DE CUENTA		
N° CUENTA BANCARIA MN		
N° CUENTA INTERBANCARIA (CCI) MN		

Asimismo, declaro bajo juramento que toda la información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas, exactas y se encuentran autorizadas. Asimismo, en atención a la Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales – y su Reglamento, aprobado por el DS N° 033-2013-JUS, otorgo mi consentimiento voluntario, previo, expreso, inequívoco e informado,

para el tratamiento, automatizado o no, y transferencia de mis datos personales y sensibles al banco de datos de titularidad de La Positiva Seguros y Reaseguros, empresas subsidiarias, filiales asociada, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual a fin de realizar las gestiones necesarias como corredor.

5. NOTA: NO APLICA TRANSFERENCIA A:

BANCO RIPLEY
 BANCO FALABELLA
 MIBANCO
 CAJA PIURA
 BANCO AZTECA

Firma del Declarante