

Solicitud de Seguro de Vida

Vida Tradicional*	<input type="radio"/>	Flex Vida Interseguro 80-Dólares	<input type="radio"/>	Educación Garantizado Plus**	<input type="radio"/>
-------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	------------------------------	-----------------------

S/ Soles***	<input type="radio"/>
US\$ Dólares Americanos	<input type="radio"/>

*Vida Tradicional: Seguro de Vida Temporal Capital Constante-Dólares, Dotal Simple (Seguro de Vida)-Dólares y Vida Entera (Seguro de Vida)-Dólares

**El Asegurado y el Contratante son la misma persona

***Solo aplicable para Educación Garantizada Plus

Datos Personales del Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Doc. Identidad DNI <input type="radio"/> RUC <input type="radio"/> CEO <input type="radio"/>		Sexo Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
Estado Civil Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Otros:Conviviente <input type="radio"/>				Nacionalidad	
Domicilio Jr. <input type="radio"/> Av. <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> Pje. <input type="radio"/>				N° / Mz. / Lt. / Dpto.	
Distrito		Provincia		Departamento	
Teléfono Casa		Celular		Correo Electrónico	
¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP*)? Sí <input type="radio"/> (Llenar Formato PEP) No <input type="radio"/>			¿Es Sujeto Obligado?*** Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		

Datos Laborales del Asegurado

Centro de Trabajo		Actividad Económica		Ingreso Neto Mensual S/. <input type="radio"/> US\$ <input type="radio"/>	
Profesión/Detalle de labor específica que desarrolla					
Domicilio: Jr. <input type="radio"/> Av. <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> Pje. <input type="radio"/>				N° / Mz. / Lt. / Dpto.	
Distrito		Provincia		Departamento	
Teléfono		Correo Electrónico		Envío de Correspondencia Casa <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/>	

Datos Personales del Contratante (solo si es distinto al Asegurado)

Vínculo con Asegurado		Razón Social (solo Persona Jurídica)			
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento (solo Persona Natural) Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Doc. Identidad DNI <input type="radio"/> RUC <input type="radio"/> CEO <input type="radio"/>		Sexo (solo Persona Natural) Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
Estado Civil (solo Persona Natural) Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Otros:Conviviente <input type="radio"/>				Nacionalidad	
Domicilio Jr. <input type="radio"/> Av. <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> Pje. <input type="radio"/>				N° / Mz. / Lt. / Dpto.	
Distrito		Provincia		Departamento	
Teléfono Casa		Celular		Correo Electrónico	
¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP*)? <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			¿Es Sujeto Obligado?*** Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		

Datos Laborales del Contratante (solo si es distinto al Asegurado)

Centro de Trabajo		Actividad Económica		Ingreso Neto Mensual S/. <input type="radio"/> US\$ <input type="radio"/>	
Profesión (solo Persona Natural)/ Detalle de ocupación o Puerto					
Dirección Jr. <input type="radio"/> Av. <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> Pje. <input type="radio"/>				N° / Mz. / Lt. / Dpto.	
Distrito		Provincia		Departamento	
Teléfono		Correo Electrónico		Envío de Correspondencia Casa <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/>	

*PEP: Son personas naturales, nacionales o extranjeras, que cumplen o que en los últimos cinco (5) años hayan cumplido funciones públicas destacadas o funciones prominentes en una organización internacional, sea en el territorio nacional o extranjero, y cuyas circunstancias financieras puedan ser objeto de un interés público. Asimismo, se considera como PEP al colaborador directo de la máxima autoridad de la institución.

**Sujeto Obligado: Los Sujetos Obligados son las personas naturales y jurídicas obligadas a implementar el Sistema de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo que se encuentran enumerados en el artículo 3° de la Ley N° 29038.

Detalle de Productos (solo para Vida Tradicional)

Periodo de Cobertura años <input type="radio"/> Hasta 65 años <input type="radio"/> Vitalicio <input type="radio"/>	Frecuencia de Pago de Prima Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/>	Periodo de Pago años <input type="radio"/> 65 años <input type="radio"/> Al término <input type="radio"/>
Producto - Plan	Vida Entera: Vitalicio <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/>	Dotal Simple <input type="radio"/> Temporal Capital Constante <input type="radio"/>

Detalle de Productos (solo para Flex Vida Interseguro 80-Dólares)

Tipo de Riesgo Fumador <input type="radio"/> No Fumador <input type="radio"/>	Modalidad de Inversión (Fondo) Cuenta CP: _____ Cuenta CAV: _____
Periodo de Pago 15 años <input type="radio"/> 20 años <input type="radio"/> 25 años <input type="radio"/> Al término <input type="radio"/>	Frecuencia de Pago de Prima Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/>
Producto - Plan	Vida Flex Interseguro 80 Plan A: Flex 80 Plus + <input type="radio"/> Flex Vida Platinum <input type="radio"/>

IMPORTANTE: La Compañía no garantiza rentabilidad alguna bajo este producto. El rendimiento dependerá únicamente del resultado de las inversiones realizadas en el portafolio elegido, salvo que expresamente se indique lo contrario en la póliza respectiva.

Detalle del Producto (solo para Educación Garantizada Plus)

Monto Total del Fondo Universitario S/ <input type="radio"/> US\$ <input type="radio"/>	Periodo Cobertura (Años)	N° Anualidades Pago de Beneficio
Frecuencia de Pago de Prima Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/>	Cuota Comodín Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

Coberturas

Moneda US\$ S/ (La moneda Soles solo aplica para la Educación Garantizada Plus)

Cobertura	Capital Asegurado	Prima
Fallecimiento ^(*)		
Cláusulas Adicionales: ⁽¹⁾		
Fallecimiento accidental		
Fallecimiento accid. tránsito		
Enfermedades graves		
Invalidez accidental		
Invalidez total y permanente		
Exoneración de pago de primas ⁽²⁾		

(1) Para el Seguro Educación Garantizada Plus solo aplica Exoneración de pago de primas, Fallecimiento accidental, Fallecimiento por accidente de tránsito e Invalidez accidental.

(2) Para el Seguro Flex Vida no aplica Exoneración de Pago de Primas

Observaciones:

(*) Para el Seguro Dotal Simple (Seguro de Vida)-Dólares la cobertura de Supervivencia está incluida en la cobertura de Fallecimiento

(**) Monto de la prima según Factor de Pago

(***) I.G.V. según Frecuencia de Pago de Prima

Solo para Vida Tradicional y Ed. Garantizada Plus:

- Prima Comercial Anual	
- Factor de Pago	
- Prima Comercial (**)	
- I.G.V.	
- Prima Comercial + I.G.V. (***)	

Solo para Flex Vida Interseguro 80-Dólares:

- Prima Mínima Anual	
- Prima Voluntaria de pago Regular Anual	
- Prima Comercial Anual	
- Factor de Pago	
- Prima Mínima(**)	
- Prima Voluntaria de pago regular + I.G.V.	
- Prima Comercial + I.G.V.(***)	

Detalle de la Vía de Cargo

Medio de Pago Cargo Cta. <input type="radio"/> T. Crédito <input type="radio"/> T. Débito <input type="radio"/> Otro	Número	Fecha Vencimiento
Institución	Prima según Frecuencia de Pago* S/ <input type="radio"/> US\$ <input type="radio"/>	N° Autorización de Cargo

* La moneda Soles solo aplica para el Seguro Educación Garantizada Plus

Declaración de Beneficiarios

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha Nac.	Doc. Identidad	Parentesco	% Distrib.

Nota: Para el Seguro Educación Garantizada Plus solo se puede declarar un (1) Beneficiario principal

Declaración de Beneficiarios Contingentes

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha Nac.	Doc. Identidad	Parentesco	% Distrib.

Nota: Para el Seguro Educación Garantizada Plus solo se puede declarar un (1) Beneficiario contingente

Uso Interno de la Compañía

N° de Certif. de Cobertura	Agente	Código	Agencia	Origen de Venta
----------------------------	--------	--------	---------	-----------------

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD E INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADO

Sírvase llenar este formulario con puño y letra. Haga sus declaraciones con tranquilidad y franqueza. Si padece de alguna afección, dolencia o enfermedad, manifiéstela con la mayor claridad. No deje preguntas sin contestar.

Estatura (cm)	Peso (Kg)	¿Ha tenido variación de más de 5Kg de peso en el último año? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
		Aumentó <input type="radio"/> Disminuyó <input type="radio"/> ¿En cuánto? _____ Kg Motivo: _____

¿Usted fuma cigarros? Sí No Indicar Cantidad _____ y frecuencia _____

¿Usted consume o ha consumido drogas? Sí No Indicar fecha de última vez de consumo _____

¿Usted consume alcohol? Sí No Indicar Cantidad _____ y frecuencia _____

Pregunta		Sí	No	Detalle
1)	¿Usted toma medicamentos? ¿Cuál? Indicar Motivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2)	¿Padece o ha padecido, recibe o ha recibido tratamiento médico o quirúrgico por alguna enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3)	¿Está siendo evaluado para el diagnóstico de alguna enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4)	¿Padece de algún problema físico, mental o enfermedad, lesión, afección o dolencia no mencionada anteriormente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5)	¿Tiene alguna otra información que declarar concerniente a su salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6) Solo para mujeres:	¿Está usted embarazada en este momento? Indicar tiempo gestación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	En caso fuera afirmativo, ¿Su embarazo actual o anteriores ha(n) sido considerado(s) por su médico tratante de alto riesgo y/o le ha solicitado tener cuidados especiales y/o ha evolucionado con problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

En caso que alguna(s) de sus respuestas anteriores haya sido afirmativa, sírvase proporcionar la información solicitada:

Pregunta	Enfermedad, dolencia o afección	Fecha de diagnóstico (mes y año)	Condición Actual*	Nombre del médico y/o clínica u hospital

*ET: en tratamiento S:sano o ST:sin tratamiento

Importante: Tener en cuenta que en caso de ser necesario se solicitará el Informe Médico Tratante y exámenes adicionales.

Información Adicional del Asegurado

Pregunta	Sí	No
a) ¿Realiza alguna actividad (profesional o laboral) adicional a la declarada anteriormente		
b) ¿Practica alguno de los siguientes deportes de riesgo: inmersión submarina, montañismo, ala delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak, surf, alpanismo, trekking, puenting, tirolesa, street luge?		
c) ¿Participa en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreteras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo?		
d) ¿Practica otros deportes o hobbies? ¿Cuáles? ¿Frecuencia?		
e) ¿Participa en competencias? ¿Cuál(es)?		
f) ¿Utiliza Moto? Indicar frecuencia de uso. (En caso afirmativa deberá llenar el cuestionario correspondiente)		

En caso que alguna(s) de sus respuestas anteriores haya sido afirmativa, sírvase proporcionar la información solicitada:

Pregunta	Especificar detalle de la respuesta afirmativa

Importante: Tener en cuenta que según sus declaraciones podría solicitarse documentación y/o información adicional

La aceptación de la solicitud del seguro supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante y/o Asegurado en los términos estipulados por la empresa, en tanto éstos hubieran proporcionado información veraz.

Los términos y condiciones del seguro se encuentran publicados en la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP y en nuestra página web www.interseguro.com.pe.

Importante

Confirmando la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o alterado. Asimismo, me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la compañía, y que una declaración inexacta o reticente de mi parte, efectuada mediante dolo o culpa inexcusable, tiene como consecuencia la nulidad de la póliza y libera a la compañía del pago del seguro. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que hubiese reconocido o asistido en mis dolencias, a entregar a la compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber tomado conocimiento al prestarme sus servicios.

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma Asegurado

Declaración Adicional de labor o cargo que desempeña

Declaro que mis funciones con respecto a la labor desempeñada como: _____
son _____

En caso ser arquitecto, ingeniero civil, maestro y/o supervisor de obra, albañil, u otro personal de obra indicar si su labor es desarrollada en:
 Oficina Campo/Obra/Planta Ambos

En caso ser ingeniero eléctrico, electricista, técnico electricista, supervisor electricista, técnico instalador de telecomunicaciones, y/o similares, indicar si su labor es desarrollada en:
 Oficina Campo/Obra/Planta Altura/tendidos eléctricos y/o aparatos de alta tensión

Importante: En caso que sus funciones sean realizadas en Mina, Gaseoductos y Petroleras, deberá llenar el cuestionario correspondiente.

Fecha: / /

Firma Asegurado

Declaración de No Fumador (solo para Flex Vida Interseguro 80-Dólares-No fumador)

Estas declaraciones deben ser validadas por el solicitante del seguro, quien admite haber leído la presente solicitud en su totalidad. Las consecuencias que podrían resultar de una omisión o de una falsa declaración son las que prevé el artículo N°15 (Nulidad del Contrato) de las Condiciones Generales.

Yo, [_____], declaro:

- No haber consumido productos que contengan tabaco durante los últimos 12 meses.
- Haber interrumpido el consumo de productos que contengan tabaco desde hace más de 1 año y que esta interrupción no haya sido motivada por la existencia de alguna enfermedad.

Asimismo, autorizo a la Compañía a facilitar dichas informaciones a sus representantes, reaseguradores y organismos profesionales autorizados.

Fecha: / /

Firma Asegurado

Declaración de Debida Diligencia (a ser llenada por el Agente)

Yo, [_____], identificado con DNI N° [_____], declaro haber realizado una debida diligencia en el conocimiento del Asegurado y/o Contratante mediante una adecuada identificación según lo establecido en el Manual Corporativo de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo. Asimismo, declaro haber realizado una adecuada determinación del interés asegurable del seguro solicitado.

Por lo tanto, declaro tener conocimiento que, en caso se detecte que mi cliente (Contratante y/o Asegurado) haya utilizado o intente utilizar a Interseguro con fines ilícitos vinculados al lavado de activos y/o el financiamiento del terrorismo, se podrá dar lugar a la apertura de investigaciones y determinación de las responsabilidades correspondientes, así como a la imposición de las sanciones a que hubiese lugar.

En señal de conformidad, suscribo la presente a losdedel 20.....

Firma Agente

**Nota de Cobertura Provisional
CÓDIGO DE REGISTRO:**

Por el presente documento se aseguran las coberturas indicadas líneas abajo, mientras se formalice la emisión de la Póliza de Seguro solicitada, de acuerdo a las estipulaciones siguientes:

- La Compañía acepta otorgar la presente Cobertura Provisional (en adelante la Cobertura), la cual tendrá vigencia durante el proceso de evaluación de la solicitud del seguro presentada por el contratante y/o asegurado. Asimismo, la Compañía declara que serán cubiertos aquellos siniestros indicados en el presente Certificado, siempre y cuando ocurran dentro del periodo de vigencia provisional establecido.
- El Contratante, por su parte, declara haber pagado la cuota inicial de la prima, correspondiente al seguro solicitado, requerida por la Compañía, así como haber recibido y conocer las condiciones aplicables a la Cobertura. De otro lado, confirma que respecto a la materia asegurada de la Cobertura, no pesa ningún hecho o circunstancia que, de haber sido conocido por la Compañía, hubiera influido en su apreciación del riesgo y/o en su decisión de otorgar la Cobertura.

1. Ramo de Seguros	Accidentes Personales	
2. Número de propuesta de referencia		
3. Vigencia	Inicio de Vigencia Con la presentación de la Solicitud de Seguro y con el pago a cuenta del seguro solicitado.	Fin de Vigencia Plazo máximo de 30 días o hasta que se emita la póliza o hasta que se rechace la Solicitud de Seguro, lo que ocurra primero.
4. Nombres y Apellidos del Contratante		
5. Doc. Identidad Contratante		
6. Nombres y Apellidos del Asegurado		
7. Doc Identidad Asegurado		
8. Materia del seguro	Cobertura por Muerte Accidental	

1SVTF-0117

**Nota de Cobertura Provisional
CÓDIGO DE REGISTRO:**

Por el presente documento se aseguran las coberturas indicadas líneas abajo, mientras se formalice la emisión de la Póliza de Seguro solicitada, de acuerdo a las estipulaciones siguientes:

- La Compañía acepta otorgar la presente Cobertura Provisional (en adelante la Cobertura), la cual tendrá vigencia durante el proceso de evaluación de la solicitud del seguro presentada por el contratante y/o asegurado. Asimismo, la Compañía declara que serán cubiertos aquellos siniestros indicados en el presente Certificado, siempre y cuando ocurran dentro del periodo de vigencia provisional establecido.
- El Contratante, por su parte, declara haber pagado la cuota inicial de la prima, correspondiente al seguro solicitado, requerida por la Compañía, así como haber recibido y conocer las condiciones aplicables a la Cobertura. De otro lado, confirma que respecto a la materia asegurada de la Cobertura, no pesa ningún hecho o circunstancia que, de haber sido conocido por la Compañía, hubiera influido en su apreciación del riesgo y/o en su decisión de otorgar la Cobertura.

1. Ramo de Seguros	Accidentes Personales	
2. Número de propuesta de referencia		
3. Vigencia	Inicio de Vigencia Con la presentación de la Solicitud de Seguro y con el pago a cuenta del seguro solicitado.	Fin de Vigencia Plazo máximo de 30 días o hasta que se emita la póliza o hasta que se rechace la Solicitud de Seguro, lo que ocurra primero.
4. Nombres y Apellidos del Contratante		
5. Doc. Identidad Contratante		
6. Nombres y Apellidos del Asegurado		
7. Doc Identidad Asegurado		
8. Materia del seguro	Cobertura por Muerte Accidental	

9. Descripción de riesgos cubiertos	Muerte del Asegurado producida como consecuencia directa o inmediata de un accidente, ocurrida durante la vigencia del presente certificado.
10. Suma Asegurada	Suma asegurada de la cobertura principal señalada en la Solicitud de Seguro con un límite máximo de US\$ 50,000 o S/ 150,000.
11. Observaciones	

Nota: La ubicación y deducible convenido no aplican para esta cobertura provisional.

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES EXCLUSIONES

La presente Cobertura no cubre el fallecimiento cuando éste haya sido causado por: Participación en peleas, actos delictivos, mítines; servicios en las Fuerzas Armadas y policiales; deportes riesgosos, entrenamientos o competencias (como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deportes de velocidad); fallecimiento bajo los efectos de drogas, alucinógenos o cualquier narcótico o en estado de embriaguez (más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre); el desempeño del Asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, chofer profesional en rutas rurales interprovinciales, chofer de taxi o moto taxi, viaje o vuelo en vehículo aéreo no comercial; entre otras exclusiones establecidas en el condicionado general.

Nota: El detalle y precisiones de éstas y otras exclusiones, así como los términos y condiciones que aplican a la presente Cobertura pueden ser verificadas en nuestra página web www.interseguro.com.pe, en la sección "Nuestros Productos" o ser solicitados en nuestros Centros de Atención al Cliente, ubicados en Lima en la Av. Paseo de la República 3071, San Isidro; o en Arequipa en la Av. Víctor Andrés Belaunde B-3, Umacollo.

Fecha: _____


Juan Carlos Motta
 Vicepresidente de
 Operaciones y Técnica

Contratante

Cód. Agente

Agencia

Firma Agente

1SVTF-0117

9. Descripción de riesgos cubiertos	Muerte del Asegurado producida como consecuencia directa o inmediata de un accidente, ocurrida durante la vigencia del presente certificado.
10. Suma Asegurada	Suma asegurada de la cobertura principal señalada en la Solicitud de Seguro con un límite máximo de US\$ 50,000 o S/ 150,000.
11. Observaciones	

Nota: La ubicación y deducible convenido no aplican para esta cobertura provisional.

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES EXCLUSIONES

La presente Cobertura no cubre el fallecimiento cuando éste haya sido causado por: Participación en peleas, actos delictivos, mítines; servicios en las Fuerzas Armadas y policiales; deportes riesgosos, entrenamientos o competencias (como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deportes de velocidad); fallecimiento bajo los efectos de drogas, alucinógenos o cualquier narcótico o en estado de embriaguez (más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre); el desempeño del Asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, chofer profesional en rutas rurales interprovinciales, chofer de taxi o moto taxi, viaje o vuelo en vehículo aéreo no comercial; entre otras exclusiones establecidas en el condicionado general.

Nota: El detalle y precisiones de éstas y otras exclusiones, así como los términos y condiciones que aplican a la presente Cobertura pueden ser verificadas en nuestra página web www.interseguro.com.pe, en la sección "Nuestros Productos" o ser solicitados en nuestros Centros de Atención al Cliente, ubicados en Lima en la Av. Paseo de la República 3071, San Isidro; o en Arequipa en la Av. Víctor Andrés Belaunde B-3, Umacollo.

Fecha: _____


Juan Carlos Motta
 Vicepresidente de
 Operaciones y Técnica

Contratante

Cód. Agente

Agencia

Firma Agente

1SVTF-0117

Acuerdos entre La Compañía y El Contratante y/o El Asegurado

Evaluación del Riesgo y Plazo para Comunicación de Rechazo

Para la evaluación del riesgo, la Compañía deberá contar con: la información declarada en la presente solicitud, la documentación solicitada por la Compañía, la recepción de los resultados de exámenes médicos indicados en la cotización del seguro.

Una vez completados los requisitos mencionados, la Compañía dispondrá del plazo de quince (15) días calendario para comunicar al Contratante si la solicitud ha sido rechazada, caso contrario se procederá con la entrega de la póliza al cliente.

En caso la Compañía requiriese información adicional para la evaluación del riesgo, previo al vencimiento del plazo indicado, la misma será solicitada al Contratante y/o Asegurado mediante el Mecanismo de Comunicación pactado en la presente solicitud. El plazo indicado quedará suspendido hasta la presentación de la información solicitada. Si en un plazo de treinta (30) días calendario contando desde la fecha de firma de la presente solicitud no se ha tenido respuesta por parte del contratante y/o asegurado, la solicitud del seguro se entenderá desistida por documentación incompleta.

IMPORTANTE: La aceptación de la solicitud supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante y/o Asegurado, en tanto éstos hayan proporcionado información veraz. Por lo tanto, la presente solicitud, los exámenes médicos, así como la información adicional proporcionada por el Contratante y/o Asegurado formarán parte integrante de la póliza de seguros.

Mecanismo de Comunicación Pactado

De acuerdo a lo establecido en el artículo 24° del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, el declara su conformidad para que el mecanismo de comunicación asociado a la póliza sea mediante uno de los siguientes medios:

Correo electrónico

Dirección de envío de correspondencia

Asimismo, el Contratante deja expresa de su aprobación, acordando que desde la fecha de suscripción de presente documento, el envío de: estados de cuenta, cartas y/u otra documentación, será recepcionada a través del medio de comunicación previamente elegido.

Confidencialidad de Datos Personales

Certificado de Confidencialidad de Datos Personales

Ley de Protección de Datos Personales

(Ley N° 29733 – Dec. Supremo No 003-2013-JUS)

El titular de los datos personales otorga a Interseguro Compañía de Seguros S.A. (en adelante “Interseguro”) su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para:

i) Incorporar los datos personales sensibles o no, al Banco de Datos de Clientes ubicado en las instalaciones de Interseguro.
ii) Tratar sus datos personales y/o sensibles(*), que hubiera otorgado a Interseguro, para el desarrollo de acciones comerciales, incluyendo la realización de estudios de mercado, elaboración de perfiles de compra, evaluaciones financieras, gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (incluyendo evaluaciones de seguros, procesamiento de datos, gestión de cobranzas, remisión de correspondencia, entre otros).

iii) Ofertar productos y/o servicios que pudieran ser de su interés de forma directa o a través de terceros (por medio físico, electrónico o telefónico) de publicidad, información, obsequios, ofertas y/o promociones (personalizadas o generales) de productos y/o servicios de Interseguro y/o de otras empresas del Grupo Intercorp y sus socios estratégicos, registrados en www.smv.gob.pe y en el portal www.intercorp.com.pe/es.

Para tales efectos, el(los) titular(es) de los datos personales autoriza(n) a Interseguro la cesión, transferencia o comunicación de sus datos personales, a dichas empresas y entre ellas.

Contratante		Asegurado	
Sí	No	Sí	No

Se informa al titular de los datos personales (clientes y/o asegurados), que pueden ejercer sus derechos (derecho a la información, acceso, actualización, rectificación, supresión o cancelación, oposición y tutela deus datos personales) presentando su solicitud en nuestras oficinas de atención al cliente; o mediante un correo electrónico dirigido a: servicios@interseguro.com.pe

En señal de conformidad a todos los acuerdos contenidos en la presente solicitud del seguro, incluyendo al Certificado de Confidencialidad de Datos Personales, se suscribe la presente a losdedel 20.....

Firma Contratante

Firma Asegurado(**)

(*) Se entiende como “datos personales” a toda información que me identifica o me hace identificable, y “datos sensibles” a aquellos datos personales referidos a la esfera más personal.

(**) Solo en caso el Contratante sea distinto al Asegurado

1SVTF-0117

Con este cupón Ud. podrá realizar el pago de la primera prima de su Seguro de Vida en las ventanillas o páginas web de los siguientes bancos, a través del servicio de Pago de Primera Prima:

- Interbank (www.interbank.com.pe)
- Banco de Crédito (www.viabcp.com)
- Scotiabank (www.scotiabank.com.pe)

IMPORTANTE

Los agentes de Interseguro no están autorizados a recibir suma alguna de dinero por concepto de primas, el único medio de pago válido es a través del banco elegido por el Contratante. Por tal motivo, cualquier inconveniente, producto del incumplimiento de lo anteriormente dispuesto, será bajo única responsabilidad del Contratante y/o Asegurado.

Propuesta N°

Monto a pagar* S/

(* La moneda Soles solo aplica para el Seguro Educación Garantizada Plus

Propuesta N°

Monto adicional por Pack S/

CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE LA PÓLIZA DE SEGURO ELECTRÓNICA

El Contratante y Asegurado Titular, en caso corresponda, otorga(n) su consentimiento para que su Póliza de seguro, y endosos futuros, en caso corresponda, sean enviados vía correo electrónico desde sme@interseguro.com.pe. Asimismo, el Contratante y Asegurado Titular, en caso corresponda, garantizan haber suministrado un correo electrónica válido en la Solicitud de Seguro para la recepción de su póliza electrónica, la cual mantendrá(n) activa y con espacio suficiente para recibir la Póliza, agregar la dirección sme@interseguro.com.pe dentro de sus remitentes seguros.

- La Póliza de seguro electrónica será enviada en formato PDF, el cual puede ser visualizado en el programa gratuito Adobe Reader®.
- La Compañía confirmará la recepción de la Póliza de seguro electrónica cuando ésta haya sido entregada en la casilla del correo electrónico declarado por el Contratante y Asegurado Titular, en caso corresponda, para lo cual se considerará el registro de recepción emitido por el servidor de destino como evidencia de recepción de la póliza.
- La Póliza de seguro electrónica contiene una firma digital, el cual garantiza la autenticidad e integridad del documento de acuerdo con lo estipulado en la Ley N° 27269 Ley de Firmas y Certificados Digitales, y una contraseña de acceso para visualizar el documento.
- El Contratante y Asegurado Titular, en caso corresponda, declara(n) comprender las ventajas asociadas al envío de la póliza por medios electrónicos: Optimización en el tiempo de entrega de la Póliza, Disponibilidad de la Póliza en un medio electrónico de manera rápida y contribución a preservar el medio ambiente a través del ahorro de papel.
- Asimismo, el Contratante y Asegurado Titular, en caso corresponda, declara(n) comprender los posibles riesgos asociados como no recibir la Póliza por tener la casilla de correo llena , ser considerada correo no deseado, riesgo de acceso de terceros a su cuenta de correo electrónico. Para ello recomendamos contar con una contraseña de acceso robusta, difícil de descifrar y evitar compartirla con terceros.
- En caso la cuenta de correo electrónico declarada sea dado de baja o desee cambiarla, deberá(n) informar a la Compañía del correo electrónico al cual se le enviará la información relativa a la póliza.

N° de Propuesta Vida _____ N° de Propuesta Accidental _____

Firma Contratante

Firma Asegurado(*)

Fecha: _____

Fecha: _____

*En caso sea distinto al Contratante
