

Solicitud de Seguro de Ingreso Flexible con devolución
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
CÓDIGO SBS N° VI2027500223

Datos Personales del Asegurado/Contratante

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 DNIO CEO		Sexo Masculino O Femenino O	
Estado Civil Soltero(a) O Casado(a) O Viudo(a) O Divorciado(a) O Otros: Conviviente O				Nacionalidad	
Dirección (N° / Mz / Lt / Dpto.) Domicilio Jr. O Av. O Calle O Pje. O				Residencia	
Distrito		Provincia		Departamento	
Teléfono Casa		Celular		Correo electrónico	

Información de Cumplimiento PLAFT

¿Es Personas Expuestas Políticamente (PEP)?

Asegurado		Beneficiario	
Sí O	No O	Sí O	No O

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.

¿Es sujeto obligado?

Asegurado		Beneficiario	
Sí O	No O	Sí O	No O

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.

Declaración de Beneficiario (Para CA de RENTA CON PERIODO GARANTIZADO)

Apellidos y nombres	Fecha Nac.	Doc. Identidad	Relación con el asegurado	% de beneficio

Declaración de Beneficiario (Para CA de RENTA PARA EL CONYUGUE O CONCUBINO Y/O PADRES)

Apellidos y nombres	Fecha Nac.	Doc. Identidad	Relación con el asegurado	% de renta

El Asegurado deberá declarar a los beneficiarios en la Solicitud del Seguro, caso contrario no serán considerados como beneficiarios del presente seguro, aún si hubiesen mantenido alguna relación de parentesco con el Asegurado. En caso no se declaren beneficiarios, se considerará a los Herederos Legales del Asegurado.

Tipo de Renta Solicitada**Monto Renta**

Periodo Garantizado SI O NO O

_____ años que se garantiza

Gastos de Sepelio SI O NO O

S/. _____ a la fecha de la solicitud

Cobertura por Fallecimiento SI O NO O

_____ % de la prima única

Cobertura por Supervivencia SI O NO O

_____ % de la prima única (no aplica para vitalicia)

Pago Doble SI O NO O

_____ años de pago doble

Devolución de prima SI O NO O

_____ % de la prima única, solo si marco renta a Plazo Fijo

Tipo de Moneda de Renta

S/ O Nominal O Ajustado por IPC O Ajustado Tasa Fija O

US\$ O Nominal O Ajustado Tasa Fija O

Si marco tasa fija, indicar el porcentaje de ajuste anual: _____

S/ o US\$ Nominal:

El monto de la renta es fijo durante el plazo de vigencia de la póliza, salvo que se hubiese contratado la cláusula adicional de pago doble.

S/ o US\$ Ajustado Tasa Fija

El monto de la renta se ajusta de forma trimestral en los meses de enero, abril, julio y octubre, de acuerdo al equivalente trimestral de la tasa de ajuste señalada líneas arriba.

S/ IPC

El monto de la renta se ajusta de forma trimestral en los meses de enero, abril, julio y octubre, de acuerdo a la variación del Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana (IPC) publicado por el INEI.

Plazo Renta

Vitalicia O Plazo fijo O Si marcó Plazo fijo, indicar la cantidad de años: _____

Renta para Cónyuge o Concubino y/o Padres

SI O NO O

_____ % de la renta asignado al cónyuge o concubino

_____ % de la renta asignado al Padre

_____ % de la renta asignado a la Madre

EL PRODUCTO DE RENTA PARTICULAR PLUS ES IRREVOCABLE, POR LO QUE NO APLICA LA OPCION DE RESOLUCION SIN EXPRESION**Monto de Prima****Monto de prima única**

S/ O US\$ O

Oportunidad de pago

Dos (2) días hábiles contados desde el día siguiente de la aprobación de su Solicitud del Seguro.

Modalidad de Pago de Renta**Modalidad de pago**

Abono en cuenta O Caja-Ventanilla O

Banco

Número de cuenta

Uso Interno de la Compañía**Agente**

Código

Agencia

Origen Venta

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 y la documentación solicitada por la Compañía indicados en la cotización del seguro.

Una vez completados los requisitos mencionados, la Compañía dispondrá de un 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 contado desde la fecha de firma de la presente solicitud no se ha tenido respuesta por parte del Contratante, 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, en tanto éstos hayan proporcionado información veraz. Por lo tanto, la presente solicitud, así como la información adicional proporcionada por el Contratante formarán parte integrante de la póliza de seguros.

Consentimiento del Contratante para el envío de la Póliza de Seguro Electrónica Mecanismo de Comunicación Pactado

El Contratante otorga su consentimiento para que la comunicación informando el resultado de su evaluación de riesgo, sus estados de cuenta y comunicaciones de cobranza sean enviadas vía correo electrónico desde el dominio @Interseguro. Así también, el Contratante y/o Asegurado Titular otorga(n) su consentimiento para que su Póliza de seguro electrónica, endosos futuros, cartas y/u otra documentación, sean enviados vía correo electrónico desde el dominio @Interseguro. Todas aquellos documentos y comunicaciones se entenderán por recibidos en la casilla de correo electrónica declarada por el Contratante y/o Asegurado Titular, a través de la confirmación del servidor de destino. La póliza contendrá una firma digital y una contraseña de acceso para visualizar el documento, ello garantizará la autenticidad e integridad del documento, de acuerdo con lo estipulado en la Ley N° 27269 - Ley de Firmas y Certificados Digitales. Asimismo, declara(n) conocer las medidas de seguridad que debe(n) adoptar para la recepción de los citados documentos, las ventajas y riesgos asociados a esta modalidad de envío, garantiza(n) haber suministrado un correo electrónico válido en la Solicitud de Seguro, el cual mantendrá(n) activo y con espacio suficiente para recibir la Póliza y se comprometen a informar su nuevo correo electrónico, en caso sea dada de baja o desee(n) modificar la cuenta de correo declarada en la presente Solicitud. Si adicionalmente desea una copia física de su póliza, podrá enviar su solicitud a nuestro Centro de Servicio de Atención al Cliente mediante un correo a servicios@interseguro.com.pe o llamando al teléfono (01) 500-0000 o de forma presencial en las oficinas de Interseguro a nivel nacional.

Irrevocabilidad del seguro

La presente póliza permanecerá vigente hasta el fallecimiento del Asegurado si no existieran Beneficiarios de la renta o hasta la extinción del derecho a renta del último de sus Beneficiarios de la renta, si los hubiera, o hasta el fin de la vigencia señalado en las Condiciones Particulares.

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

Yo, [_____], identificado con DNI N°

Por lo tanto, declaro tener conocimiento que, en caso se detecte que mi cliente 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



Propuesta N° _____

Monto a pagar

Ud. podrá realizar el pago de la prima única de su Seguro de Renta Particular Plus en las ventanillas o páginas web en las cuentas de los

- Interbank	Cta. Soles 001-200-3001241530	(www.interbank.com.pe)
- BBVA Continental	Cta. Soles 0011-0661-0100066836-66	(www.bbvacontinental.pe)
- Banco de Crédito	Cta. Soles 193 - 2346708-0-19	(www.viabcp.com)
- Scotiabank	Cta. Soles 3808149-000-01	(www.scotiabank.com.pe)

IMPORTANTE

Confidencialidad de Datos Personales**Certificado de Confidencialidad de Datos Personales****Ley de Protección de Datos Personales**

(Ley N° 29733 – D.S. N° 003-2013-JUS)

El titular de los datos personales otorga a Interseguro su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para:

- i) Incorporar sus datos personales , al Banco de Datos de Interseguro.
- ii) Ofertar productos y/o servicios que pudieran ser de su interés de forma directa o a través de terceros 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

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 de sus 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 las Declaraciones y Acuerdos contenidos en la presente Solicitud de seguro, incluyendo datos personales, declaración de beneficiarios (Para periodo garantizado), información de cumplimiento de PLAFT, Tipo de renta, Monto de Prima, Modalidad de pago de renta, Evaluación del Riesgo y Plazo de comunicación de rechazo, el consentimiento para el envío de la póliza electrónica y demás comunicaciones futuras, irrevocabilidad del seguro, Declaración de debida diligencia y el Certificado de Confidencialidad de Datos Personales, se suscribe la presente a los.....dedel 20.....

Firma Contratante

(* Se entiende como “datos personales” a toda información que me identifica o la información sobre una persona identificada, y “datos sensibles” a aquellos datos personales referidos a la esfera más íntima y personal.

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 y la documentación solicitada por la Compañía 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 mediante el Mecanismo de Comunicación pactado en la presente solicitud. El plazo indicado quedará suspendido hasta la presentación de la información solicitada.