

Solicitud de Seguro de Vida

Propuesta N° x

| | |
|--|--|
| Flex Vida Interseguro 80-Dólares (VI2027120086) | Vida Entera (Seguro de Vida)-Dólares (VI2027120007) |
| Educación Garantizada Plus (VI2027100135) * | Seguro de Vida Temporal Capital Constante-Dólares (VI2027120004) |
| Dotal Simple (Seguro de Vida)-Dólares (VI2027120001) | |
| *El Asegurado y el Contratante son la misma persona | S/ Soles** <input type="checkbox"/> 0 |
| ** Solo aplicable para Educación Garantizada Plus | US\$ Dólares Americanos <input type="checkbox"/> 0 |

| 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 O RUC O CE O | Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> |
| Estado Civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Otros: Conviviente <input type="checkbox"/> | Nacionalidad | |
| Domicilio Jr O Av O Calle O Pje. O | N° / Mz / Lt / Dpto. | |
| Distrito | Provincia | Departamento |
| Teléfono Casa | Celular | Correo electrónico |
| ¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP) ⁽¹⁾ ? Sí <input type="checkbox"/> (Llenar Formato PEP) No <input type="checkbox"/> | ¿Es Sujeto Obligado? ⁽²⁾ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

| Datos Laborales del Asegurado | | |
|---|----------------------|--|
| Centro de Trabajo | Actividad Económica | Ingreso Neto Mensual S/ O US\$ O |
| Profesión/ Detalle de labor específica que desarrolla | | |
| En caso que el desarrollo de su labor sea en los siguientes rubros deberá adjuntar el cuestionario respectivo: Fuerzas Armadas, Marina Mercante, Minería, Pesca, Petróleo - Gas, Aviación Comercial, Servicio de Seguridad, Bombero, Profesiones Jurídicas, Periodismo, Motociclismo y Automovilismo. | | |
| Domicilio Jr O Av O Calle O Pje. O | N° / Mz / Lt / Dpto. | |
| Distrito | Provincia | Departamento |
| Teléfono | Correo electrónico | Envío de Correspondencia Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> |

| Datos Personales del Contratante (sólo si es distinto al Asegurado) | | |
|---|--|--|
| Vínculo con Asegurado | Razón Social (sólo Persona Jurídica) | |
| 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 O RUC O CE O | Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> |
| Estado Civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Otros: Conviviente <input type="checkbox"/> | Nacionalidad | |
| Domicilio Jr O Av O Calle O Pje. O | N° / Mz / Lt / Dpto. | |
| Distrito | Provincia | Departamento |
| Teléfono Casa | Celular | Correo electrónico |
| ¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP) ⁽¹⁾ ? Sí <input type="checkbox"/> (Llenar Formato PEP) No <input type="checkbox"/> | ¿Es Sujeto Obligado? ⁽²⁾ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

| Datos Laborales del Contratante (sólo si es distinto al Asegurado) | | |
|--|----------------------|--|
| Centro de Trabajo | Actividad Económica | Ingreso Neto Mensual S/ O US\$ O |
| Profesión (sólo Persona Natural) / Detalle de ocupación o Puesto | | |
| Domicilio Jr O Av O Calle O Pje. O | N° / Mz / Lt / Dpto. | |
| Distrito | Provincia | Departamento |
| Teléfono | Correo electrónico | Envío de Correspondencia Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> |

(1) 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.

(2) 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 (sólo para Vida Tradicional)

Periodo de Cobertura: años Hasta los 65 años Vitalicio Frecuencia de pago de prima: Mensual Trimestral Semestral Anual Periodo de Pago (solo para Vida Entera): años Hasta los 65 años Al término

Producto - Plan: Vida Entera: Vitalicio Temporal Dotal Simple Temporal Capital Constante

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

Tipo de Riesgo: Fumador No Fumador Modalidad de inversión (Fondo): Cuenta CP: Cuenta CAV:

Periodo de Pago: 15 años 20 años 25 años Al término Frecuencia de pago de Prima: Mensual Trimestral Semestral Anual

Producto - Plan: Vida Flex Interseguro 80 Plan A: Flex 80 Plus + Flex Vida Platinum

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 (sólo para Educación Garantizada Plus)

Monto Total del Fondo Universitario: S/ US\$ Periodo Cobertura (Años): N° Anualidades Pago de Beneficio:

Frecuencia de Pago de Prima: Mensual Trimestral Semestral Anual Cuota Comodín: Sí No

Coberturas

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

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

Sólo para Vida Tradicional y Ed. Garantizada Plus:

| | |
|----------------------------------|--|
| - Prima Comercial Anual | |
| - Factor de Pago ⁽³⁾ | |
| - Prima Comercial ⁽⁴⁾ | |
| - I.G.V. ⁽⁵⁾ | |
| - Prima Comercial + I.G.V. | |

Sólo para Flex Vida Interseguro 80-Dólares:

| | |
|---|--|
| - Prima Mínima Anual | |
| - Prima Voluntaria de Pago Regular Anual | |
| - Prima Comercial Anual | |
| - Factor de Pago ⁽³⁾ | |
| - Prima Mínima ⁽⁴⁾ | |
| - Prima Voluntaria de pago regular ⁽⁶⁾ | |
| - I.G.V. ⁽⁵⁾ | |
| - Prima Comercial + I.G.V. | |

(*) Para el Seguro Dotal Simple (Seguro de Vida) – Dólares la cobertura de Sobrevivencia está incluida en la cobertura de Fallecimiento .

Observaciones:

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

(2) No aplica para el Seguro Flex Vida Interseguro 80

(3) Factor de Pago: sólo aplica para la Prima Comercial Anual y Prima Mínima Anual

(4) Monto de la prima según Factor de Pago

(5) I.G.V. sólo aplica cuando el Contratante es Persona Jurídica

(6) El Monto de Prima Voluntaria de pago regular se calcula de acuerdo a la Frecuencia de Pago, no aplica el Factor de Pago.

Detalle de la Vía de Cargo

Medio de Cargo: Cargo Cta. T. Crédito T. Débito Otro Número: Fecha Vencimiento:
Institución: Prima según Frecuencia de Pago* S/ US\$ 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° Nota Cobertura: Agente: Código: Agencia: Origen 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 5 kg de peso en el último año? Aumentó O Disminuyó O ¿En cuánto? _____ Kg | Sí O No O |
| | | Motivo : | |
| ¿Usted fuma cigarros? | Sí O No O | Indicar cantidad _____ y frecuencia _____ | |
| ¿Usted consume o ha consumido Drogas? | Sí O No O | Indicar fecha de última vez de consumo _____ | |
| ¿Usted consume alcohol? | Sí O No O | Indicar cantidad _____ y frecuencia _____ | |

| Pregunta | Si | 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) Sólo 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 | Si | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a) ¿Realiza alguna actividad (profesional o laboral) adicional a la declarada anteriormente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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, alpinismo, trekking, puenting, tiroлина, street luge? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) ¿Participa en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) ¿Practica otros deportes o hobbies? ¿Cuáles? ¿Frecuencia? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) ¿Participa en competencias? ¿Cuál (es)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) ¿Utiliza Moto? Indicar frecuencia de uso. (En caso sea afirmativo deberá llenar el cuestionario correspondiente) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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 Compañía, 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 de 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 de 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 Alturas/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 (sólo 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 15 del Condicionado General.

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

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 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 o estos hayan proporcionado información veraz. Por lo tanto, la presente solicitud, los exámenes médicos, así como la información adicional proporcionada por el Contratante formarán parte integrante de la póliza de seguro.

Mecanismo de Comunicación Pactado

De acuerdo a lo establecido en el artículo 24° del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, el Contratante 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 constancia de su aprobación, acordando que desde la fecha de suscripción del 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 N° 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 sus 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.gov.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

| Contratante | | Asegurado | |
|-------------|----|-----------|----|
| SI | NO | SI | NO |

Se informa al titular de los datos personales, 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 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.

(**) Sólo en caso el Contratante sea distinto al Asegurado.



Con este cupón Ud. podrá realizar el pago 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)

Propuesta N° x

Monto a pagar*

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

Propuesta N° X

Solo para XXXXX

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 xxxx@xxxxx. Asimismo, el Contratante y Asegurado Titular, en caso corresponda, garantizan haber suministrado un correo electrónico válido en la Solicitud de Seguro de Vida para la recepción de su póliza electrónica, la cual mantendrá(n) activa y con espacio suficiente para recibir la Póliza, agregar la dirección xxxx@xxxxx dentro de sus remitentes seguros.

IMPORTANTE:

- 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 del Contratante y/o Asegurado, en caso corresponda, 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.

Firma del Contratante
Fecha: _____

Firma del Asegurado*
Fecha: _____

*En caso sea distinto al Contratante

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 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 referida solicitud (mediante la cual se requirió documentos adicionales) 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 este haya proporcionado información veraz. Por lo tanto, la presente solicitud, los exámenes médicos, así como la información adicional proporcionada por el Contratante formarán parte integrante de la póliza de seguro.

Propuesta N° X

Nota de Cobertura Provisional
CODIGO SBS: AE2026120084

| | | | |
|--|--|--|--|
| Flex Vida Interseguro 80-Dólares (VI2027120086) | | Vida Entera (Seguro de Vida)-Dólares (VI2027120007) | |
| Educación Garantizada Plus (VI2027100135) * | | Seguro de Vida Temporal Capital Constante-Dólares (VI2027120004) | |
| Total Simple (Seguro de Vida)-Dólares (VI2027120001) | | | |

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 Nota de 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 la presente Cobertura, siempre y cuando ocurran dentro del periodo de vigencia provisional establecido.
- El Contratante, por su parte, declara haber realizado el pago a cuenta, correspondiente al seguro solicitado, requerido 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 | |

Propuesta N° X

Nota de Cobertura Provisional
CODIGO SBS: AE2026120084

| | | | |
|--|--|--|--|
| Flex Vida Interseguro 80-Dólares (VI2027120086) | | Vida Entera (Seguro de Vida)-Dólares (VI2027120007) | |
| Educación Garantizada Plus (VI2027100135) * | | Seguro de Vida Temporal Capital Constante-Dólares (VI2027120004) | |
| Total Simple (Seguro de Vida)-Dólares (VI2027120001) | | | |

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 Nota de 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 la presente Cobertura, siempre y cuando ocurran dentro del periodo de vigencia provisional establecido.
- El Contratante, por su parte, declara haber realizado el pago a cuenta, correspondiente al seguro solicitado, requerido 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 | | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| 9. Descripción de riesgos cubiertos | Muerte del Asegurado producida como consecuencia directa o inmediata de un accidente, ocurrida durante la vigencia de la presente Cobertura. |
| 10. Suma asegurada | Suma asegurada de la cobertura principal señalada en la Solicitud de Seguro con un límite máximo de xxx. |
| 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 cuanto este haya sido causado por: Suicidio; 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 estas 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 xxxxx

Fecha: _____

XXXXXX
Representante de la Compañía

Contratante

| Cód. Agente | Agencia | Firma Agente |
|-------------|---------|--------------|
| | | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| 9. Descripción de riesgos cubiertos | Muerte del Asegurado producida como consecuencia directa o inmediata de un accidente, ocurrida durante la vigencia de la presente Cobertura. |
| 10. Suma asegurada | Suma asegurada de la cobertura principal señalada en la Solicitud de Seguro con un límite máximo de xxx. |
| 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 cuanto este haya sido causado por: Suicidio; 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 estas 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 xxxxx

Fecha: _____

XXXXXX
Representante de la Compañía

Contratante

| Cód. Agente | Agencia | Firma Agente |
|-------------|---------|--------------|
| | | |