

Solicitud de Seguro de Vida

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

Seguro Plan Garantizado (VI2027100146)

Nuevo Educación Garantizada	<input type="radio"/>	Sueño Garantizado	<input type="radio"/>	Jubilación Garantizada	<input type="radio"/>
-----------------------------	-----------------------	-------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------

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	
Dirección (N° / Mz / Lt / Dpto - Distrito - Provincia) Domicilio: Jr. <input type="radio"/> Av. <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> Pje. <input type="radio"/>					
Teléfono Casa		Celular		Correo Electrónico	
¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP) ⁽¹⁾ ? Sí <input type="radio"/> (Llenar Formato PEP) No <input type="radio"/>			¿Es Sujeto Obligado? ⁽²⁾ 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		

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.

Dirección (N° / Mz / Lt / Dpto - Distrito - Provincia) Domicilio: Jr. <input type="radio"/> Av. <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> Pje. <input type="radio"/>	
Teléfono	Correo Electrónico

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

Vínculo con Asegurado	Razón Social (solo Persona Jurídica)	
Apellido Paterno		Nombres
Apellido Materno		
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		
Dirección (N° / Mz / Lt / Dpto - Distrito - Provincia) Domicilio: Jr. <input type="radio"/> Av. <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> Pje. <input type="radio"/>		
Teléfono Casa	Celular	Correo Electrónico
¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP) ⁽¹⁾ ? Sí <input type="radio"/> (Llenar Formato PEP) No <input type="radio"/>		¿Es Sujeto Obligado? ⁽²⁾ 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 Puesto		
Dirección (N° / Mz / Lt / Dpto - Distrito - Provincia) Domicilio: Jr. <input type="radio"/> Av. <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> Pje. <input type="radio"/>		
Teléfono	Correo Electrónico	

(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 del Producto

Monto Total del Fondo Garantizado

Período Cobertura (Años)

N° Anualidades Pago de Beneficio

S/ US\$

Frecuencia de Pago de Prima

Mensual Trimestral Semestral Anual Única Cuota Comodín Cuota Doble

Tipo de Riesgo

Fumador No Fumador **Detalle de prima**Moneda US\$ S/

Cobertura	Nuevo Educación Garantizada	Sueño Garantizado	Jubilación Garantizada	Prima
Fallecimiento				
Exoneración de pago de prima				
Cláusulas Adicionales:				
Cobertura por fallecimiento accidental				
Cobertura por fallecimiento accidental en tránsito				
Invalidez accidental				
Invalidez total y permanente por accidente o enfermedad				
Enfermedades graves				
Invalidez total y permanente por accidente o enfermedad como adelanto de capital de Vida adicional				
Vida adicional por la vigencia del seguro				

Plan Garantizado:

- Prima Comercial Anual

- Factor de Pago ⁽¹⁾- Prima Comercial ⁽²⁾

Observaciones:

(1) Factor de Pago: sólo aplica para la Prima Comercial Anual

(2) Monto de la prima según Factor de Pago

Declaración de Beneficiarios

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

Declaración de Beneficiarios Contingentes

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

Uso Interno de la Compañía

N° Nota Cobertura	Agente	Código	Agencia	Origen de Venta
-------------------	--------	--------	---------	-----------------

Nota de Cobertura Provisional
CÓDIGO DE REGISTRO: AE2026120084

Seguro Plan Garantizado (VI2027100146)

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	

1SVPG-0318

Nota de Cobertura Provisional
CÓDIGO DE REGISTRO: AE2026120084

Seguro Plan Garantizado (VI2027100146)

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	

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 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 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 Lima en la Av. Paseo de la República 3071, San Isidro; Arequipa en Mz. D Lote 1, Urb. Los Cedros - Yanahuara, o en Chiclayo en Calle Los Dulantos 110, Urb. Santa Victoria.

Fecha: _____



Juan Carlos Motta
Vicepresidente de
Operaciones y Técnica

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 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 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 Lima en la Av. Paseo de la República 3071, San Isidro; Arequipa en Mz. D Lote 1, Urb. Los Cedros - Yanahuara, o en Chiclayo en Calle Los Dulantos 110, Urb. Santa Victoria.

Fecha: _____



Juan Carlos Motta
Vicepresidente de
Operaciones y Técnica

Cód. Agente

Agencia

Firma Agente

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 _____

Para indicar NO en la pregunta anterior considerar que implica: *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.

¿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:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿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?

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?	<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 extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, 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? ¿Otras competencias? Indicar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Practica otros deportes o hobbies? ¿Cuáles? ¿Frecuencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) ¿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

Declaración Adicional de labor o cargo que desempeña

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

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 estos 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.

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 contando 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 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 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 sme@interseguro. Así también, el contratante y/o asegurado titular otorga(n) su consentimiento para que su póliza de seguro electrónica, endosos futuros, cartas y/o otra documentación, sean enviados vía correo electrónico desde el sme@interseguro. Todos aquellos documentos y comunicaciones se entenderán por recibidos en la casilla de correo electrónico 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.

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

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 su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para:

- i) Incorporar los datos personales, al Banco de Datos de Interseguro.
- ii) Tratar sus datos personales para la gestión de los servicios solicitados y/o contratados.
- iii) Ofrecer 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.

Contratante		Asegurado	
Sí	No	Sí	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 confirmación a las declaraciones y acuerdos contenidos en la presente solicitud de seguro, incluyendo la declaración personal de salud, la declaración adicional de labor o cargo, la evaluación del riesgo y plazo de comunicación de rechazo, el consentimiento para el envío de la póliza electrónica y demás comunicaciones futuras, el certificado de confidencialidad de datos personales y la nota de cobertura provisional, se suscribe la presente a losde.....del 20.....

Firma Contratante

Firma Asegurado(**)

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

1SVPG-0318

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)
- **Scotiabank** (www.scotiabank.com.pe)

IMPORTANTE

La Compañía no autoriza a su personal a recibir suma alguna de dinero por concepto de pago alguno, el único medio válido de pago 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.

Propuesta N°

Monto a pagar*

US\$ S/