

- N° de Solicitud: **N° 000000**
- Nombre Producto:
- Número de Póliza:
- Fecha de recepción
- Fecha de solicitud:
- Fecha Inic. Vigencia:
- Sucursal:

1. **CONTRATANTE - ASEGURADO**

PERSONA NATURAL

- Apellido paterno:
- Apellido materno:
- Nombres:
- Fecha de Nacimiento:
- Tipo de Documento:
 - DNI
 - CE
- N° de Documento:
- Nacionalidad:
- Sexo:
 - M
 - F
- Residente:
 - Sí
 - No
- Fuente de Ingresos:
 - Dependiente
 - Independiente
 - Cesante
- Teléfono Casa:
- Teléfono Celular:
- Correo Electrónico:
- Relación con el Asegurado:
- Ingreso Neto Mes:
 - Dólares
 - Soles
 - No Aplica
- Dirección Legal: (Av., Calle, Dpto., Of.)
 - Distrito:
 - Provincia:
 - Departamento:
- Dirección de Correspondencia: (Av., Calle, Dpto., Of.)
 - Distrito:
 - Provincia:
 - Departamento:

A. *PERSONA NATURAL – INDEPENDIENTE:*

- N° de RUC:
- Giro del negocio:
- Actividad Económica:

B. PERSONA NATURAL – DEPENDIENTE

- Centro Laboral:
 - Sector Laboral:
 - Público
 - Privado
 - Ocupación, Prof, Ofic.:
 - Cargo:
- ¿Recibe transferencias de dinero desde otros países ocasional o frecuentemente?
 - Sí, indique el país:
 - No

2. PRIMA ÚNICA

- Soles _____ / _____
(Importe en números) (Importe en letras)
- Dólares _____ / _____
(Importe en números) (Importe en letras)

No aplica IGV. Incluye gastos de promotores y/o comercializadores, según corresponda. Solicitar Declaración Jurada Patrimonial (Según Resolución SBS N° 2660-2015 Reglamento de Gestión de Riesgos en PLAFT)

3. COBRANZA DE PRIMA ÚNICA

Modalidades de Pago:

- Transferencia Bancaria
- Cheque de Gerencia

4. ELECCION DE LA MONEDA, PLAZO, FACTOR Y FRECUENCIA DE AJUSTE DEL PAGO DOTAL:

Moneda:

- Soles _____
- Dólares _____

Plazo

- 5 AÑOS 10 AÑOS 15 AÑOS 20 AÑOS OTRO PLAZO: ___ AÑOS

FACTOR DE AJUSTE expresado en Tasa Anual: 2%
FRECUENCIA DE AJUSTE MENSUAL

PAGO:

N° de Cotización: _____

MONTO INICIAL DEL PAGO DOTAL (MENSUAL): _____

Los sucesivos pagos mensuales serán ajustados de acuerdo a la frecuencia y tasa o índice indicada en las condiciones particulares y que se replican en esta solicitud.

Fecha de Inicio del Pago Dotal:

_____ (MM/AAAA)

CUENTA DE AHORRO DE PAGOS DOTALES

Banco: _____ Tipo Cuenta: _____ N° Cuenta: _____

Moneda de la cuenta: _____

N° Cuenta Interbancaria: _____

Nombres: _____

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Tipo de Documento de Identidad:

DNI

CE

N° de Documento de Identidad: _____

La cuenta debe permitir la recepción de los pagos en la moneda elegida para el pago.

5. BENEFICIARIOS DEL PAGO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

N°	Apellido paterno	Apellido Materno	Nombres	Relación con el Asegurado	Edad	% Part.
1.						
2.						
3.						
X.						

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LOS BENEFICIARIOS

N°	DNI	CE	Dirección / Distrito / Provincia / Dpto.	Correo Electrónico
1.				
2.				
3.				
X.				

El pago al fallecimiento del asegurado se efectuará según los % señalados en la presente sección:

6. SEGUNDO BENEFICIO POR MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL (*)

MONTO DEL BENEFICIO: De acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares.

Beneficiario del Segundo Beneficio por Muerte:

- Nombres: _____
- Apellido Paterno: _____
- Apellido Materno: _____
- Tipo de Documento
- DNI
- CE

- N° de Documento de Identidad:
- Dirección:
 - Distrito:
 - Provincia:
 - Dpto:
- Telf. Domicilio:
- Telf. Celular:
- Email:

() El Segundo Beneficio por Muerte está expresado en la misma moneda del Pago Dotal contratado.*

IMPORTANTE

- 1) La información brindada por el Asegurado y/o Contratante en la Solicitud, en sus elementos accesorios y/o complementarios, son elementos integrantes del Contrato de Seguro. La cobertura solicitada entrará en vigencia a partir de la FECHA DE INICIO DE VIGENCIA y con el pago de la prima única, siempre que medie aceptación de la solicitud y aprobación del riesgo por parte de la Compañía.
- 2) La Compañía comunicará al Contratante, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo.
- 3) La presente solicitud y la documentación solicitada por la Compañía serán evaluadas y de no mediar rechazo y ser aceptado el Seguro, la póliza será entregada en el plazo de 15 días.
- 4) El Contratante y el Asegurado declaran expresamente que han sido previamente informados y conocen los alcances de la política sobre protección de datos personales de la Compañía desarrollada en el sitio web www.segurossura.pe. En tal sentido, el Contratante y el Asegurado otorgan su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales, con fines de evaluación del riesgo, ejecución del presente contrato y de toda actividad vinculada con este último, envío de comunicaciones vinculadas con la Póliza y/o para fines comerciales o publicitarios. El banco de datos de titularidad de la Compañía está ubicado en Av. Canaval y Moreyra 522, San Isidro, Lima. El Contratante y el Asegurado autorizan que los referidos datos personales podrán ser transferidos, para los fines antes indicados, a entidades aseguradoras, reaseguradoras, entidades financieras o inmobiliarias, ya sea que pertenezcan o no al Grupo económico de la Compañía. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares como parte de la relación jurídica, el Contratante se obliga a informarles sobre dicha entrega y los alcances del aviso de privacidad.
- 5) El Contratante y el Asegurado reconocen y autorizan expresamente a la Compañía Aseguradora a remitirles cualquier comunicación a la dirección de correo electrónico que han indicado en la presente Solicitud y/o cualquier comunicación telefónica y/o mensaje tipo SMS o similar a los teléfonos que han indicado en la presente Solicitud y/o cualquier otro tipo de comunicación permitida por la normativa de seguros vigente. Estas comunicaciones surtirán plenos efectos legales y reemplazarán a la notificación al domicilio físico. El Contratante y el Asegurado declaran ser titulares de la dirección de correo electrónico y/o teléfonos que han indicado en la presente Solicitud, asimismo, se obligan a comunicar a la Compañía Aseguradora el cambio de dicha dirección de correo

electrónico y/o teléfonos, dicho cambio surtirá efecto luego de cinco (5) días hábiles de comunicado a la aseguradora.

Fecha

Firma Contratante Asegurado

Firma Seguros SURA



FORMATO DE AUTORIZACIÓN “ASESORIA INTEGRAL SURA”

Como parte de los beneficios que te ofrecemos al ser Cliente de seguros SURA, te presentamos nuestro servicio de “Asesoría Integral SURA”, el cual ha sido desarrollado especialmente para ti y que te permitirá:

- Obtener información consolidada de los productos que pudieses haber contratado en las empresas de SURA en el Perú: AFP Integra, Seguros SURA, Fondos SURA, Sociedad Agente de Bolsa SURA e Hipotecaria SURA.
- Acceder a una propuesta integral que te permitirá optimizar tu patrimonio y alcanzar tus objetivos personales.

Respecto a los datos de contacto: Teléfonos, correo electrónico, dirección de correspondencia registrados en mi solicitud

N° _____

- Autorizo a Seguros SURA a brindarme el servicio de “Asesoría Integral Sura” (*)
- No autorizo a Seguros SURA a brindarme el servicio de “Asesoría Integral Sura”

Firma: _____
(Nombre de Cliente)

“Seguros Sura es una empresa que forma parte del grupo económico Grupo de Inversiones Suramericana S.A (SURA)

En el Perú forman parte de SURA: AFP Integra, Seguros SURA, Sociedad Agente de Bolsa SURA, Hipotecaria SURA, SURA Asset Management Perú S.A (en adelante denominadas cualquiera de ellas y todas en conjunto,” Grupo SURA”).

En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, Ley N° 29733 y Decreto Supremo N°003-2013-JUS, respectivamente, ponemos en su conocimiento que, al suscribir el presente documento, usted acepta y autoriza de forma libre, previa, expresa e inequívoca que Grupo SURA, e individualmente cada una de las empresas que actualmente lo conforman o lo puedan conformar en el futuro, pueda utilizar, transferir y/o compartir su información personal y sensible entre las mismas; así como la información de los productos, tenencias y/o servicios que contrate con el Grupo SURA.

Dicha información podrá ser utilizada para brindarle una asesoría integral que le permita acceder, a través de portales web u otros medios electrónicos a información consolidada respecto a sus productos, tenencias y/o servicios; así como para los fines comerciales relacionados a sus actividades de negocio. Por lo cual, Grupo SURA, puede requerir la colaboración de terceros para que tramiten o manejen su información, incluyendo la de carácter personal y sensible.

En este sentido, usted autoriza Grupo SURA, e individualmente a cada una de las empresas que actualmente lo conforman o lo que puedan conformar en el futuro, a transferir y dar tratamiento a la información necesaria para estos fines.

Le informamos que usted mantiene el derecho a solicitar la actualización, inclusión, rectificación y/o supresión de sus datos personales en cualquier momento.

Al suscribir este documento, usted manifiesta que se adhiere a nuestra Política de Privacidad integral, la cual ha sido revisada de manera previa y se encuentra disponible en nuestra página web www.sura.pe.