

Solicitud de Vida Grupo Complementario
Código SBS N° VI2027200121
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: Interseguro Compañía de Seguros S.A. **RUC:** 20382748566
Dirección: Av. Pardo y Aliaga N° 634, San Isidro **Provincia:** Lima **Departamento:** Lima
Centro de Atención al Cliente (Lima): Av. Paseo de la República N° 3071, San Isidro
Teléfono: 611-4700 **Fax:** 611-4720 **Correo electrónico:** servicios@interseguro.com.pe

DATOS PERSONALES DEL CONTRATANTE

Nombre Razón Social:			RUC:
Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):	N° / Mz / Lt:	Dpto / Of. / Int.:	Distrito:
Provincia:	Departamento:	Teléfono Fijo:	Fax:
Correo electrónico:		Actividad:	

ASEGURADOS

Trabajadores del Contratante declarados a La Compañía en el formato oficial entregado por ésta.

BENEFICIARIOS

Persona(s) natural(es) señalada(s) en el Artículo N° 1 de la Consolidación de Beneficios Sociales – Decreto Legislativo N° 688; los Beneficiarios son: cónyuge o conviviente, a que se refiere el Artículo N° 321 del Código Civil y los descendientes, sólo a falta de estos corresponde a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Número de Empleados:	<input type="text"/>	Total de Planilla:	<input type="text"/>
Número de Obreros:	<input type="text"/>	Total de Planilla:	<input type="text"/>
Número de Empleados con más de 60 años:	<input type="text"/>		
Número de Obreros con más de 60 años:	<input type="text"/>	Sueldo Máximo:	<input type="text"/>
Número de personas con sueldo mayor a US\$ 3,125:	<input type="text"/>		
Número de Fallecidos en los últimos 5 años:	<input type="text"/>		
Bróker:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nombre de Bróker:	<input type="text"/>
Compañía de Seguros Actual:	<input type="text"/>		

TASA APROBADA

Empleados (%):	<input type="text"/>	Obreros (%):	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------	---------------------	----------------------

DECLARACIÓN:

- El Asegurado tendrá derecho a solicitar copia de la póliza del seguro a La Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días calendario, desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.

Firma de la Empresa solicitante

Lugar y Fecha de emisión

Firma de Representante de la Compañía

