

Solicitud de Seguro de Vida

Vida Tradicional	<input type="checkbox"/>
Flex Vida Interseguro	<input type="checkbox"/>

Datos Personales del Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento			Doc. Identidad DNI <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> CEO <input type="checkbox"/>		Sexo
Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>			Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Estado Civil				Nacionalidad	
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"/>					
Domicilio Jr. <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pje. <input type="checkbox"/>				N° / Mz. / Lt. / Dpto.	
Distrito		Provincia		Departamento	
Teléfono Casa		Celular		Correo Electrónico	

Datos Laborales del Asegurado

Centro de Trabajo		Actividad Económica		Ingreso Neto Mensual	
				S/. <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/>	
Profesión (solo Persona Natural)			Cargo que desempeña		
Dirección Jr. <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pje. <input type="checkbox"/>			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 (solo si es distinto al Asegurado)

Vínculo con Asegurado		Razón Social (solo Persona Jurídica)			
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento (solo Persona Natural)			Doc. Identidad DNI <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> CEO <input type="checkbox"/>		Sexo (solo Persona Natural)
Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>			Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Estado Civil (solo Persona Natural)				Nacionalidad	
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"/>					
Domicilio Jr. <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pje. <input type="checkbox"/>				N° / Mz. / Lt. / Dpto.	
Distrito		Provincia		Departamento	
Teléfono Casa		Celular		Correo Electrónico	

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

Centro de Trabajo		Actividad Económica		Ingreso Neto Mensual	
				S/. <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/>	
Profesión (solo Persona Natural)			Cargo que desempeña		
Dirección Jr. <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pje. <input type="checkbox"/>			N° / Mz. / Lt. / Dpto.		
Distrito		Provincia		Departamento	
Teléfono		Correo Electrónico		Envío de Correspondencia	
				Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/>	

Detalle de Productos (solo para Vida Tradicional)

Producto - Plan	Vida Entera: LCS-Pago Vitalicio <input type="radio"/> LCS-Pago Temporal <input type="radio"/>	Dotal Simple <input type="radio"/>	Temporal Capital Constante <input type="radio"/>
Periodo de Cobertura	Frecuencia de Pago de Prima	Periodo de Pago	
____ años <input type="radio"/> 65 años <input type="radio"/> Vitalicio <input type="radio"/>	Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/>	____ años <input type="radio"/> 65 años <input type="radio"/> Al término <input type="radio"/>	

Detalle de Productos (solo para Flex Vida Interseguro)

Producto - Plan	Flex Vida Interseguro 65: LCS - Flex 65 Plus + <input type="radio"/>	Flex Vida Interseguro 80: LCS - Flex 80 Plus + <input type="radio"/>	LCS - Flex Vida Platinum <input type="radio"/>
Tipo de Riesgo	Rentabilidad de Cuenta (Fondo)		
Fumador <input type="radio"/> No Fumador <input type="radio"/>	Cuenta CP: _____ Cuenta CAV: _____		
Periodo de Pago	Frecuencia de Pago de Prima		
15 años <input type="radio"/> 20 años <input type="radio"/> 25 años <input type="radio"/> Al término <input type="radio"/>	Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/>		

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.

Coberturas (US\$)

Cobertura	Capital Asegurado	Prima Anual / Prima Min.
Fallecimiento ⁽¹⁾		
Fallecimiento por accidente		
Fallecimiento por accidente de tránsito		
Enfermedades graves e intervenciones		
Invalidez accidental		
Invalidez total y permanente por accidente o enfermedad		
Sobrevivencia ⁽¹⁾⁽²⁾		
Exoneración de pago de primas por invalidez total y permanente ⁽³⁾		
TOTAL		

Observaciones:

NOTA:

- (1) Cobertura principal
- (2) Solo aplica para el producto Dotal
- (3) No aplica para los productos Flex Vida Interseguro
- (4) Monto según Frecuencia de Pago de Prima
- (5) I.G.V. solo aplica para Persona Jurídica
- (6) Este monto no es afectado por el Factor de Pago
- (7) Solo aplica para la Prima Mínima Anual

Solo para Vida Tradicional:

Prima Anual
 * Factor de Pago
 = Prima Comercial ⁽⁴⁾
 + I.G.V. ⁽⁵⁾
 = **Prima Comercial + I.G.V.**

Solo para Flex Vida Interseguro:

Prima Mínima Anual
 + Prima Voluntaria de Pago Regular Anual ⁽⁶⁾
 = Prima Programada Anual
 * Factor de Pago ⁽⁷⁾
 = Prima Mínima ⁽⁴⁾
 + Prima Voluntaria de Pago Regular ⁽⁶⁾
 = Prima Programada
 + I.G.V. ⁽⁵⁾
 = **Prima Programada (Comercial) + I.G.V.**

Forma de Pago de Prima

Medio de Pago	Institución	Prima según Frecuencia de Pago
Cargo Cta. <input type="radio"/> T. Crédito <input type="radio"/> Caja Ventanilla* <input type="radio"/>	_____	US\$ _____

* Solo aplica para pago semestral o anual

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° de Certif. de Cobertura	Agente	Código	Agencia	Origen de Venta

3. Exámenes Médicos

Fecha de último control médico: _____ ¿En los últimos años se ha realizado algún examen? _____
Especialidad: _____ ¿Cuál(es)? _____
Motivo: _____ Resultado: _____

4. Sólo para Mujeres

Está usted embarazada en este momento? _____ Meses de gestación: _____
Fecha de su último Papanicolau: _____ Resultados: _____
¿Ha tenido/tiene algún tratamiento en los senos u otros órganos femeninos? _____

Información Adicional del Asegurado

	Sí	No	Detalle
a) ¿Realiza habitualmente alguna actividad (profesional o laboral) adicional a la declarada anteriormente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
b) ¿Realiza vuelos como piloto estudiante, piloto o pasajero de línea no comercial? Indicar frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
c) ¿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, tirolesa, street luge? ¿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? ¿Cuál(es)? Indicar frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
e) ¿Participa en competencias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
f) ¿Utiliza moto? Considerar cilindrada y Km anuales aproximados en el año.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
g) ¿Cumple funciones públicas y/o políticas, o las ha cumplido en los últimos 2 años?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
h) ¿Ha sido Ud. rechazado o aplazado alguna vez para un seguro de vida o en alguna renovación o rehabilitación en esta u otra compañía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
i) ¿Ha estado hospitalizado en alguna clínica u hospital para tratamiento o enfermedad? En caso afirmativo, indique el periodo de tiempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

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 empresa, 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.

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 falsa o reticencia 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 de No Fumador (solo para productos Flex Vida Interseguro)

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 N°15 (Nulidad del Contrato) de las Condiciones Generales.

Yo, [_____], declaro:

- No haber consumido productos que contengan tabaco durante los últimos 24 meses.
- Haber interrumpido el consumo de productos que contengan tabaco desde hace más de 2 años 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

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, el comprobante del pago de la primera prima y 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 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.

IMPORTANTE: La aceptación de la solicitud supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante y/o Asegurado, en tanto éstos hayan proporcionado información veraz. Por lo tanto, la presente solicitud, los exámenes médicos, así como la información adicional proporcionada por el Contratante y/o Asegurado formarán parte integrante de la póliza de seguros.

Mecanismo de Comunicación Pactado

De acuerdo a lo establecido en el artículo 24° del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, Resolución SBS N° 3199-2013, el Contratante y/o Asegurado declara(n) 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

En caso el Contratante sea distinto al Asegurado, se utilizará también la dirección de envío de correspondencia indicada en la sección Datos Personales del Asegurado. Asimismo, el Contratante y/o Asegurado deja(n) 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.

En señal de conformidad a los acuerdos anteriormente mencionados, suscribo la presente a losdedel 20.....

Firma Contratante

Firma Asegurado*

* Solo en caso el Contratante sea distinto del 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

Con este cupón Ud. podrá realizar el pago de la primera prima 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

Los agentes de Interseguro no están autorizados a recibir suma alguna de dinero por concepto de primas, el único medio de pago válido 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 y/o Asegurado.

Confidencialidad de Datos Personales

Certificado de Confidencialidad de Datos Personales

Ley de Protección de Datos Personales

(Ley N° 29733 – Dec. Supremo No 003-2013-JUS)

Por el presente documento se le informa acerca de los alcances de la Ley de Protección de Datos Personales mediante la cual se regula la Protección de los Datos Personales obtenidos por Interseguro Compañía de Seguros S.A. (en adelante “Interseguro”) estableciéndose el compromiso a garantizar la adecuada protección de los datos personales de sus clientes y/o asegurados. En ese sentido, precisamos que la obtención del consentimiento de sus clientes y/o asegurados es libre, previo, informado, expreso e inequívoco a fin de que Interseguro pueda: i) incluir sus datos personales sensibles o no en sus sistemas y base de datos (Banco de Datos), ii) pueda tratar su información en la ejecución del contrato de seguro, iii) pueda ofertarle productos y/o servicios que pudieran ser de su interés y iv) compartir su información, de acuerdo al Código de Conducta* establecido, con sus empresas subsidiarias y empresas del Grupo Intercorp, quienes a su vez podrán ofrecerle igualmente productos y/o servicios, siempre y cuando previamente usted le otorgue a dichas empresas su consentimiento para que le puedan ofrecer productos y/o servicios.

A través del consentimiento otorgado por sus clientes y/o asegurados, Interseguro asegura la confidencialidad de sus datos y garantiza que no los compartirá con personas ajenas, salvo lo indicado en el presente documento.

Es importante señalar que los clientes y/o asegurados cuentan con los mecanismos legales suficientes para hacer valer sus derechos en caso éstos se vean perjudicados, tales como recurrir ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales o al Poder Judicial de ser el caso. La base de datos (Banco de Datos) de Interseguro se encontrará ubicada en las instalaciones de Interseguro. Asimismo en caso los clientes y/o asegurados deseen ejercer sus derechos (derecho a la información, acceso, actualización, rectificación, supresión o cancelación, oposición y tutela de sus datos personales) podrán dirigirse a Av. Paseo de la República N° 3071, Distrito de San Isidro, Lima.

Habiendo tomado conocimiento de lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley N° 29733) y su Reglamento (D.S. N° 003-2013-JUS), el Contratante y/o Asegurado otorga(n) a Interseguro Compañía de Seguros su consentimiento para realizar el tratamiento y transferencia de sus datos personales y/o sensibles**, entendiéndose a éstos como el registro, almacenamiento, actualización y envío de sus datos, los cuales serán almacenados en la base de datos (Banco de Datos). Esta base de datos cuenta con las medidas de seguridad necesarias para la conservación adecuada de los datos, dando cumplimiento a la Ley de Protección de Datos y su Reglamento.

Asimismo, el Contratante y/o Asegurado(s) otorga(n) su consentimiento para:

	Contratante		Asegurado	
	Sí	No	Sí	No
Recibir información adicional sobre promociones y descuentos de los distintos productos y servicios ofrecidos por la Compañía, tales como seguros de vida individual, rentas vitalicias y otros seguros, así como por otras empresas relacionadas.				

En señal de conformidad a los acuerdos anteriormente mencionados, suscribo la presente a los dedel 20.....

Firma Contratante

Firma Asegurado***

* Se entiende como Código de Conducta a aquel que establece las normas internas para la protección de datos personales en los casos de transferencias de datos entre empresas de un mismo grupo empresarial, sociedades subsidiarias afiliadas o vinculadas.

** 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.

*** Solo en caso el Contratante sea distinto al 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, el comprobante del pago de la primera prima y 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 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.

Certificado de Cobertura Provisional
CÓDIGO DE REGISTRO: AE2026120084

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 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 el presente Certificado, siempre y cuando ocurran dentro del periodo de vigencia provisional establecido.
- El Contratante, por su parte, declara haber pagado la cuota inicial de la prima, correspondiente al seguro solicitado, requerida 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 de la cuota inicial.	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	

Certificado de Cobertura Provisional
CÓDIGO DE REGISTRO: AE2026120084

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 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 el presente Certificado, siempre y cuando ocurran dentro del periodo de vigencia provisional establecido.
- El Contratante, por su parte, declara haber pagado la cuota inicial de la prima, correspondiente al seguro solicitado, requerida 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 de la cuota inicial.	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 del presente certificado.
10. Suma Asegurada	Suma asegurada de la cobertura principal señalada en la Solicitud de Seguro con un límite máximo de US\$ 50,000.
11. Prima provisional de depósito	
12. Observaciones	

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES EXCLUSIONES

La presente Cobertura no cubre el fallecimiento cuando éste haya sido causado por: 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 otros.

Nota: El detalle y precisiones de éstas y otras exclusiones, así como los términos y condiciones aplicables a la presente Cobertura Provisional pueden ser visualizados en nuestra página web, www.interseguro.com.pe, en la sección de Productos, ingresando al enlace Certificado de Cobertura Provisional, o ser solicitados en nuestros Centros de Atención al Cliente, ubicados en Lima en la Av. Paseo de la República 3071, San Isidro; o en Arequipa en la Av. Víctor Andrés Belaunde B-3, Umacollo.

Fecha: _____



Juan Carlos Motta
Vicepresidente de
Operaciones y Técnica

Contratante

Cód. Agente

Agencia

Firma Agente

1SVTF-0714

9. Descripción de riesgos cubiertos	Muerte del Asegurado producida como consecuencia directa o inmediata de un accidente, ocurrida durante la vigencia del presente certificado.
10. Suma Asegurada	Suma asegurada de la cobertura principal señalada en la Solicitud de Seguro con un límite máximo de US\$ 50,000.
11. Prima provisional de depósito	
12. Observaciones	

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES EXCLUSIONES

La presente Cobertura no cubre el fallecimiento cuando éste haya sido causado por: 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 otros.

Nota: El detalle y precisiones de éstas y otras exclusiones, así como los términos y condiciones aplicables a la presente Cobertura Provisional pueden ser visualizados en nuestra página web, www.interseguro.com.pe, en la sección de Productos, ingresando al enlace Certificado de Cobertura Provisional, o ser solicitados en nuestros Centros de Atención al Cliente, ubicados en Lima en la Av. Paseo de la República 3071, San Isidro; o en Arequipa en la Av. Víctor Andrés Belaunde B-3, Umacollo.

Fecha: _____



Juan Carlos Motta
Vicepresidente de
Operaciones y Técnica

Contratante

Cód. Agente

Agencia

Firma Agente

1SVTF-0714