

Solicitud de Seguro de Renta Particular Plus
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
 CODIGO SBS VI2027500143

Datos personales del Asegurado / Contratante

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

Información de Cumplimiento PLAFT
¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP)?

| Asegurado | | Beneficiario | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |

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.

¿Es un sujeto obligado?

| Asegurado | | Beneficiario | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |

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.

Declaración de Beneficiarios (Si eligió como Plan la Renta Familiar)

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | Fecha de Nac. | Doc. de identidad | Parentesco | Nacionalidad | Profesión | Residencia |
|------------------|------------------|---------|---------------|-------------------|------------|--------------|-----------|------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Para el Plan Familiar, solo podrán ser designados como beneficiarios a los siguientes:

1. Cónyuge o concubino sin hijos y/o nietos. Porcentaje de renta 42%.
2. Cónyuge o concubino con hijos y/o nietos. Porcentaje de renta 35%.
3. Hijos y/o nietos menores de 28 años. En caso exista cónyuge o concubino, el porcentaje de renta será 14% para cada hijo o nieto.

En caso no exista cónyuge o concubino los porcentajes de renta serán los siguientes:

- a. Un Hijo o nieto solo 42%
- b. Más de un hijo y/nieto: Se aplica la siguiente fórmula $\{ 42\% + (14\% * N) \} / N$, donde N es el número de hijos y/o nietos.

4. Padre mayor de 60 años o madre mayor de 55 años. Porcentaje de renta 14%.

En caso la sumatoria de pensiones sea mayor al 100%, se prorrateará hasta llegar al 100% de la renta del asegurado.

El Asegurado deberá declarar a los beneficiarios de renta en la Solicitud del Seguro, caso contrario no serán considerados como beneficiarios del presente seguro, aún si hubiesen mantenido alguna relación de parentesco con el Asegurado.

Tipo de Renta Solicitada**Tipo de Plan**Renta Individual Renta Familiar **Monto Renta**

Periodo Garantizado SI NO
 _____ años que se garantiza

Gastos de Sepelio SI NO
 S/ _____ a la fecha de la solicitud

Tipo de Moneda de Renta

S/ Nominal Ajustado por IPC Ajustado por Tasa Fija
 US\$ Nominal Ajustado por Tasa Fija

Si marcó tasa fija, indicar el porcentaje de ajuste anual: _____

Plazo RentaVitalicia Plazo fijo Si marcó Plazo fijo, indicar la cantidad de años: _____**Pago Doble**

_____ años de pago doble

SIO NO **Devolución de prima**

_____ %

SIO NO **Porcentaje adicional al cónyuge o concubino** SIO NO

_____ % de la renta asignado al cónyuge o concubino

EL PRODUCTO DE RENTA PARTICULAR PLUS ES IRREVOCABLE, POR LO QUE NO APLICA LA OPCIÓN DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA.**Monto de Prima****Monto de prima única**S/ US\$ **Oportunidad de pago**

Un (1) día hábil contado desde el día siguiente de la aprobación de su Solicitud del Seguro.

Modalidad de Pago de Renta**Modalidad del pago**Abono en cuenta Caja-Ventanilla **Banco****Número de cuenta****Uso Interno de la Compañía**

| Agente | Código | Agencia | Origen Venta |
|--------|--------|---------|--------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |

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 y la documentación solicitada por la Compañía 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 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 liquidaciones de rentas, 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

Irrevocabilidad del seguro

La presente póliza permanecerá vigente hasta el fallecimiento del Asegurado si no existieran Beneficiarios de la renta o hasta la extinción del derecho a renta del último de sus Beneficiarios de la renta, si los hubiera, o hasta el fin de la vigencia señalado en las Condiciones Particulares.

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

2SRPP-0816



Propuesta N° _____

Monto a pagar: US\$ S/

Ud. podrá realizar el pago de la prima única de su Seguro de Renta Particular Plus en las ventanillas o páginas web en las cuentas de los siguientes bancos:

| | | |
|---------------------------|--------------|-------------------------|
| - Interbank | Cta. Soles | 001-200-3001241530 |
| | Cta. Dólares | 010-200-3001241548 |
| - BBVA Continental | Cta. Soles | 0011-0661-0100066836-66 |
| | Cta. Dólares | 0011-0661-66-0100070094 |
| - Banco de Crédito | Cta. Soles | 193-2346708-0-19 |
| | Cta. Dólares | 193-2343888-1-44 |
| - Scotiabank | Cta. Soles | 3808149-000-01 |
| | Cta. Dólares | 000-4552181 |

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.

2SRPP-0218

Confidencialidad de Datos Personales

Certificado de Confidencialidad de Datos Personales

Ley de Protección de Datos Personales

(Ley N° 29733 – D.S. 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 hubieran sido proporcionados directamente a Interseguro o aquellos que pudieran encontrarse en fuentes de acceso para el público, utilizando dicha información para tratamientos que supongan 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 por intermedio de terceros (vía 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, entre las que se encuentran aquellas difundidas en el portal de la Superintendencia del Mercado de Valores (www.smv.gob.pe) así como 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 ellas.

Contratante

Sí

No

Se informa al titular de los datos personales (clientes y/o asegurados), 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 los acuerdos anteriormente mencionados, se suscribe la presente a losdedel 20.....

Firma Contratante

Firma Asegurado**

(* Se entiende como “datos personales” a toda información que me identifica o la información sobre una persona identificada, y “datos sensibles” a aquellos datos personales referidos a la esfera más íntima y 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 y la documentación solicitada por la Compañía 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.