

Solicitud de Seguro de Vida

Vida Tradicional	☐
Flex Vida Interseguro	☐

Datos Personales del Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres			
Fecha de Nacimiento Día Mes Año				Doc. Identidad DNI ☐ RUC ☐ CEO ☐		Sexo Masculino ☐ Femenino ☐	
Estado Civil Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Otros:Conviviente ☐						Nacionalidad	
Domicilio Jr. ☐ Av. ☐ Calle ☐ Pje. ☐						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/ ☐ US\$ ☐			
Profesión			Detalle de ocupación o Puesto				
Dirección Jr. ☐ Av. ☐ Calle ☐ Pje. ☐						N° / Mz. / Lt. / Dpto.	
Distrito			Provincia			Departamento	
Teléfono		Correo Electrónico				Envío de Correspondencia Casa ☐ Trabajo ☐	

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) Día Mes Año				Doc. Identidad DNI ☐ RUC ☐ CEO ☐		Sexo (solo Persona Natural) Masculino ☐ Femenino ☐	
Estado Civil (solo Persona Natural) Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Otros:Conviviente ☐						Nacionalidad	
Domicilio Jr. ☐ Av. ☐ Calle ☐ Pje. ☐						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/ ☐ US\$ ☐			
Profesión (solo Persona Natural)			Cargo que desempeña				
Dirección Jr. ☐ Av. ☐ Calle ☐ Pje. ☐						N° / Mz. / Lt. / Dpto.	
Distrito			Provincia			Departamento	
Teléfono		Correo Electrónico				Envío de Correspondencia Casa ☐ Trabajo ☐	

Detalle de Productos (solo para Vida Tradicional)

Periodo de Cobertura			Frecuencia de Pago de Prima				Periodo de Pago		
años 65 años Vitalicio			Mensual Trimestral Semestral Anual				años 65 años Al término		
Producto - Plan	Vida Entera: LCS-Pago Vitalicio LCS-Pago Temporal				Dotal Simple	Temporal Capital Constante			

Detalle de Productos (solo para Flex Vida Interseguro)

Tipo de Riesgo		Rentabilidad de Cuenta (Fondo)			
Fumador No Fumador		Cuenta CP: Cuenta CAV:			
Periodo de Pago		Frecuencia de Pago de Prima			
15 años 20 años 25 años Al término		Mensual Trimestral Semestral Anual			

Producto - Plan	Flex Vida Interseguro 65:	LCS - Flex 65 Plus +	
	Flex Vida Interseguro 80:	LCS - Flex 80 Plus +	LCS - Flex Vida Platinum

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	Prima
Fallecimiento *		
Cláusulas Adicionales:		
Fallecimiento accidental		
Fallecimiento accid. tránsito		
Enfermedades graves		
Invalidez accidental		
Invalidez total y permanente por accidente o enfermedad		
Exoneración de pago de primas por invalidez total y permanente ⁽¹⁾		
TOTAL		

Observaciones:

(1) Nota: No aplica para el producto Flex Vida

(*) Para el Seguro Dotal la cobertura de Supervivencia está incluida en la cobertura de Fallecimiento
(**) Monto según Frecuencia de Pago de Prima
(***) I.G.V. según Periodicidad de Pago de Prima

Solo para Vida Tradicional:

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

Solo para Flex Vida Interseguro:

- Prima Mínima Anual	
- Prima Voluntaria de Pago Regular Anual	
- Prima Comercial Anual	
- Factor de Pago	
- Prima Mínima (**)	
- Prima Voluntaria de Pago Regular	
- Prima Programada	
- I.G.V. (***)	
- Prima Programada (Comercial) + I.G.V.	

Detalle de la vía de cargo

Medio de Cargo		Número	Fecha de Vecimiento
Cargo Cta. T. Crédito T. Débito Otro:			
Institución	Prima según Frecuencia de Pago	N° Autorización de Cargo	
	US\$		

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
----------------------------	--------	--------	---------	-----------------

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 los últimos 12 meses?	Sí ☐	No ☐
		En caso afirmativo: Aumentó ☐ Disminuyó ☐ ¿En cuánto? _____ Kg	Motivo: _____	
¿Usted fuma cigarros?		Sí ☐	No ☐	Cantidad _____
Frecuencia: Diaria ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Eventual ☐		¿Usted consume alcohol?		
		Sí ☐	No ☐	Cantidad _____
		Frecuencia: Diaria ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Eventual ☐		

1. ¿Usted ha sido diagnosticado, tiene conocimiento de padecer o requiere algún tratamiento médico por:

a)	Afecciones al sistema nervioso tales como vértigos, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis, pérdida de conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos, encefalitis, meningitis, enfermedad vascular, derrame cerebral, infarto cerebral, jaquecas, o cualquier otra enfermedad del sistema nervioso?	Sí	No
b)	Afecciones al aparato digestivo tales como úlcera gástrica o duodenal, estreñimiento, diarreas, cólicos, sangrado rectal o anal u otra enfermedad en el estómago, intestino, recto, apéndice, hígado, vesícula, páncreas o bazo?	Sí	No
c)	Afecciones a los órganos respiratorios tales como asma, enfisema, fiebre alta, silicosis, neumoconiosis, tos crónica, pleuresía, pulmonía, esputo con sangre, tuberculosis, cansancio al caminar, o cualquier otra enfermedad de los pulmones, bronquios o sistema respiratorio?	Sí	No
d)	Afecciones del corazón o aparato circulatorio tales como fiebre reumática, presión alta, angina, molestias o dolores en el pecho, soplos al corazón, palpitaciones, hinchazón de piernas, hipertensión arterial, infarto cardíaco, enfermedad coronaria, by pass o angioplastía coronaria, arritmias, u otra enfermedad cardiovascular?	Sí	No
e)	Afecciones urinarias tales como nefritis, cálculo en el riñón, enfermedad de la vejiga, próstata o vías urinarias, presencia de albúmina, azúcar o sangre en la orina, insuficiencia renal, diálisis, malformación de los riñones y/o de las vías urinarias, vejiga o testículo?	Sí	No
f)	Enfermedades de los huesos o articulaciones tales como gota, artritis, reumatismo, lumbalgia, ciática, lesiones traumáticas, afecciones a la columna, huesos, músculos o extremidades?	Sí	No
g)	Enfermedades de la sangre tales como anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes, leucemia o várices?	Sí	No
h)	Perturbaciones o enfermedades endocrinas o metabólicas tales como obesidad, diabetes mellitus, aumento de grasas en sangre, alteraciones del metabolismo de la glucosa, bocio o colesterol elevado?	Sí	No
i)	Cáncer, quistes, nódulos, pólipos, enfermedades a los ganglios linfáticos, tumores malignos o benignos, u otras lesiones de igual naturaleza?	Sí	No
j)	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas al SIDA (diarrea crónica, baja de peso, tumores de la piel, etc), o condiciones relacionadas al SIDA, o es portador del VIH?	Sí	No
k)	Alguna incapacidad física, enfermedad, lesión, afección o dolencia no mencionada anteriormente que requirió tratamiento médico o intervención quirúrgica o que se encuentra actualmente en proceso de estudio o diagnóstico para cualquier enfermedad?	Sí	No
l)	Cualquier enfermedad infectocontagiosa en edad adulta (como viruela, fiebre tifoidea, meningitis) o infecciones tropicales (como malaria, dengue)?	Sí	No
m)	Enfermedades a los ojos, oídos, nariz o garganta?	Sí	No

En caso que alguna(s) de sus respuestas anteriores haya(n) sido afirmativa(s), indique a continuación el detalle:

Pregunta	Enfermedad, dolencia o afección	Fecha	Estado de salud actual	Nombre del médico y/o clínica u hospital

2. Antecedentes Familiares

Historia Familiar	Familiares Vivos					Familiares Fallecidos		
	Edad	Estado de salud		Enfermedad		Causa	Edad presentación de enfermedad	Edad fallecimiento
		Bien	Mal(*)	Diagnóstico	Edad de presentación			
Padre								
Madre								
Hermanos								

* Se entenderá este estado de salud en caso el familiar tuviera alguna enfermedad

3.1 Exámenes Médicos

Fecha de último control médico: _____
Especialidad: _____
Motivo: _____

3.2 Exámenes Médicos

¿En los últimos años se ha realizado algún examen? _____
¿Cuál(es)? _____
Resultado: _____

4. Solo 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 adicional a la declarada anteriormente como ocupación?	☐	☐	_____
b) ¿Realiza vuelos como piloto estudiante, piloto o pasajero de línea no comercial? Indicar frecuencia	☐	☐	_____
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, tirolina, 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?	☐	☐	_____
d) ¿Practica otros deportes o hobbies? ¿Cuál(es)? Indicar frecuencia	☐	☐	_____
e) ¿Participa en competencias?	☐	☐	_____
f) ¿Utiliza moto? Considerar cilindrada y Km anuales aproximados en el año.	☐	☐	_____
g) ¿Cumple funciones públicas y/o políticas, o las ha cumplido en los últimos 2 años?	☐	☐	_____
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?	☐	☐	_____
i) ¿Ha estado hospitalizado en alguna clínica u hospital para tratamiento o enfermedad? En caso afirmativo, indique el periodo de tiempo.	☐	☐	_____

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 y en nuestra página web www.interseguro.com.pe.

Importante

Confirmo 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 Nulidad.

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 Contratante

Firma Asegurado (*)

* Solo en caso el Contratante sea distinto del 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 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, 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

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 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 Confidencialidad de Datos Personales

Ley de Protección de Datos Personales

(Ley N° 29733 – Dec. Supremo No 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.

	Contratante		Asegurado	
	Sí	No	Sí	No
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.				

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, 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.

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



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

La Compañía no autoriza a su personal a recibir suma alguna de dinero por concepto de primas, 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 y/o Asegurado.

Propuesta N° 10

Monto a pagar: ☐ US\$

Propuesta N° 10

Monto a pagar por Pack: ☐ US\$ ☐ S/

Nota 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	



Nota 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 presente nota de cobertura provisional.
10. Suma Asegurada	Suma asegurada de la cobertura principal señalada en la Solicitud de Seguro con un límite máximo de US\$ 50,000.
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 éste 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/lt 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 éstas y otras exclusiones, así como los términos y condiciones aplicables a la presente Cobertura Provisional pueden ser verificadas en nuestra página web, www.interseguro.com.pe, en la sección de 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; 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 _____

1SVTA-0516

9. Descripción de riesgos cubiertos	Muerte del Asegurado producida como consecuencia directa o inmediata de un accidente, ocurrida durante la presente nota de cobertura provisional.
10. Suma Asegurada	Suma asegurada de la cobertura principal señalada en la Solicitud de Seguro con un límite máximo de US\$ 50,000.
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 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/lt 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 éstas y otras exclusiones, así como los términos y condiciones aplicables a la presente Cobertura Provisional pueden ser verificadas en nuestra página web, www.interseguro.com.pe, en la sección de 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; 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 _____

1SVTA-0516