



Propuesta N°

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

CÓDIGO SBS XXXXXXXX

Datos Personales del Asegurado/Contratante			
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombres
Fecha de Nacimiento Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Doc. Identidad DNIO CEO	Sexo Masculino O Femenino O
Estado Civil Soltero(a) O Casado(a) O Viudo(a) O Divorciado(a) O Otros: Conviviente O		Nacionalidad	
Domicilio Jr. O Av. O Calle O Pje. O		N° / Mz / Lt / Dpto.	
Distrito		Provincia	
Departamento	Residencia	Teléfono Casa	Celular
Correo electrónico			

Información de Cumplimiento PLAFT

¿Es Personas Expuestas Políticamente (PEP)?

Asegurado		Beneficiario	
Sí O	No O	Sí O	No O

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 sujeto obligado?

Asegurado		Beneficiario	
Sí O	No O	Sí O	No O

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 elige como Plan la Renta Familiar)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha Nac.	Doc. Identidad	Parentesco	Nacionalidad	Profesión	Residencia

Para el plan Familiar, podrán ser considerados como beneficiarios de la renta a los siguientes:

- Cónyuge o concubino sin hijos. Porcentaje de pensión XX%.
- Cónyuge o concubino con hijos. Porcentaje de pensión XX%.
- Hijos menores de 28 años. En caso exista cónyuge o concubino, el porcentaje de pensión será XX% para cada hijo. En caso no exista cónyuge o concubino los porcentajes de pensión serán los siguientes:
 - Un Hijo solo XX%
 - Más de un hijo: Se aplica la siguiente fórmula $\{ XX\% + (XX\% \cdot N) \} / N$, donde N es el número de hijos.
- Padre mayor de 60 años o madre mayor de 55 años. Porcentaje de pensión XX%.

Tipo de Renta Solicitada

Tipo de Plan

Renta Individual Renta Familiar

Monto Renta

Tipo de Moneda de Renta

S/ Nominal Ajustado por IPC Ajustado Tasa Fija

US\$ Nominal Ajustado Tasa Fija

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

Plazo Renta

Plazo fijo Si marcó Plazo fijo, indicar la cantidad de años: _____

Reembolso de Gastos de Sepelio

Monto Límite

S/ _____

Factor Ajuste

Índice de Precios al Consumidor _____

Periodicidad de Ajuste

Trimestral

*Se ajustará por el Índice de Precios al Consumidor a la fecha de fallecimiento

Monto de Prima

Monto de prima única

S/ US\$ _____

Oportunidad de pago

Antes del / / _____

Modalidad de Pago de Renta

Modalidad de 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, 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 y/o Asegurado declara(n) su conformidad para que el mecanismo de comunicación asociado a la póliza sea mediante uno de los siguientes medios:

O Correo electrónico

O 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 (*)

(*) Sólo 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 la Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo. Asimismo, declaro haber realizado una adecuada determinación del interes asegurable del seguro contratado.

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



Propuesta N° _____
Monto a pagar

Le informamos que el pago de la prima única de su Seguro de Renta Particular puede ser efectuado en las ventanillas o páginas web de los siguientes bancos:

- Interbank (www.interbank.com.pe)
- Banco de Crédito (www.viabcp.com)

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

Asegurado

Sí

No

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 losdede 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.

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 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.