

Solicitud de Seguro de Vida Temporal por Muerte Accidental, Invalidez Total por Accidente y Muerte en Tránsito

Código SBS N° AE2026120080 / Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Primer nombre:	Segundo nombre:	
Tipo Doc. Identidad: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>	N° Doc. Identidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	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"/>	
Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):	N° / Mz / Lt:	Dpto / Of. / Int.:	Distrito:	Provincia:
Departamento:	Teléfono Fijo:	Celular:	Correo electrónico:	
Ocupación:	Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>			
Centro de Trabajo				

DATOS PERSONALES DEL CONTRATANTE (sólo si es distinto al Asegurado)

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Primer nombre:	Segundo nombre:	
Tipo Doc. Identidad: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>	N° Doc. Identidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	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"/>	
Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):	N° / Mz / Lt:	Dpto / Of. / Int.:	Distrito:	Provincia:
Departamento:	Teléfono Fijo:	Celular:	Correo electrónico:	
Ocupación:	Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>			
Relación del Asegurado con el Contratante:		Centro de Trabajo:		

MONTO DE PRIMA COMERCIAL Y SUMAS ASEGURADAS(*)

PLAN	PRIMA COMERCIAL	COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS		
		Fallecimiento accidental	Invalidez accidental	Fallecimiento por accidente de tránsito
PLAN 1	<input type="checkbox"/> US\$ 3.99	US\$ 13,000	US\$ 13,000	US\$ 26,000
PLAN 2	<input type="checkbox"/> US\$ 4.99	US\$ 20,000	US\$ 20,000	US\$ 40,000
PLAN 3	<input type="checkbox"/> US\$ 6.99	US\$ 27,000	US\$ 27,000	US\$ 54,000

(*) Importe referencial en nuevos soles para fines informativos al tipo de cambio de S/. 2.80 (Ley N° 29571), este importe variará de acuerdo al tipo de cambio del comercializador en la fecha de pago o cargo. La cuota se cargará en la moneda de la cuenta de cargo.

AUTORIZACIÓN DE CARGO EN CUENTA

Por el presente, autorizo se sirvan efectuar de acuerdo a la periodicidad escogida los cargos a mi:

<input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros	Nro. Cuenta:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>															
Institución financiera																			

Cargo en planilla Mediante la firma de la presente solicitud autorizo a La Compañía para descontarme de la cuenta donde se abona mi planilla el importe equivalente al plan seleccionado.

DECLARACION DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Nro. Documento	Relación con el Asegurado	% distribución

Nota: La suma de los porcentajes de los beneficiarios deberá ser 100%.

USO INTERNO DE LA COMPAÑIA**Agente****Código****Agencia****Origen de Venta**

Confirmando la exactitud y sinceridad de las declaraciones expresadas, que nada he ocultado, omitido o alterado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de La Compañía, y que una reticencia o declaración inexacta dolosa de mi parte, produce la nulidad del contrato de 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 al haberme prestado sus servicios.

Con la firma de la presente solicitud manifiesto mi intención de adquirir el seguro, cuyas condiciones conozco y cuya información completa y actualizada, incluyendo las coberturas y exclusiones que correspondan, se encuentran en la página web de la Compañía (www.interseguro.com.pe).

La Compañía entregará la póliza de seguro al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el seguro. En caso se haya entregado la póliza al Contratante, y el Asegurado sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la póliza, a la empresa, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.

Autorizo a La Compañía para que me envíe la información asociada a mi póliza a través de la dirección electrónica consignada. Asimismo, dejo expresa constancia de mi conformidad con este medio de envío, acordando que desde la fecha de suscripción del presente documento, el envío de los estados de cuenta, cartas y/u otros documentos serán recepcionados a través de la cuenta de correo electrónico anteriormente indicada.

La aceptación de la solicitud del seguro supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Compañía, siempre y cuando el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.

Firma del Contratante**Firma del Asegurado (solo si es distinto al Contratante)****Firma del Agente****Fecha****de****de 20**