

Solicitud de Seguro de Vida Sepelio Familiar
Código SBS N° VI2028000110
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: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro	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:	
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"/>	Ocupación			
N° de hijos asegurados:				

DATOS DE LOS HIJOS ASEGURADOS

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento	Nro. Documento

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Primer nombre:	Segundo nombre:	
Tipo Doc. Identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro	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:	
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"/>	Ocupación			
N° de hijos asegurados:				

DATOS PERSONALES DEL CONYUGE

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Primer nombre:	Segundo nombre:
Tipo Doc. Identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro	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"/>

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

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Primer nombre:	Segundo nombre:	
Tipo Doc. Identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro	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:	
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"/>	Ocupación			
Relación del Asegurado con el Contratante:				

COBERTURA POR PLANES

Coberturas	Plan A	Plan B	Plan C
Indemnización por Sepelio	S/. 3,000	S/. 4,000	S/. 6,000
Fallecimiento Natural	S/. 3,000	S/. 4,000	S/. 6,000
Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/. 3,000	S/. 4,000	S/. 6,000

MONTO DE PRIMA COMERCIAL

	Plan A	Plan B	Plan C
Prima Comercial	<input type="checkbox"/> S/. 19.00	<input type="checkbox"/> S/. 29.00	<input type="checkbox"/> S/. 39.00

EDADES MAXIMAS Y MINIMAS DE INGRESO DEL ASEGURADO TITULAR

Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
18 años	Hasta los 70 años	Hasta los 75 años

DECLARACION DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Nro. Documento	Relación con el Asegurado	% distribución

- Notas:** - La suma de los porcentajes de los beneficiarios deberá ser 100%.
 - En caso de siniestros del cónyuge o hijos, el beneficiario es el asegurado principal.

AUTORIZACION DE CARGO DE PRIMAS DE SEGURO

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

Por favor indíquenos su:

Estatura (cm) : Peso (kg): ¿Fumas más de 10 cigarrillos al día? SI NO

Confirmo con exactitud y sinceridad las declaraciones arriba 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 declaración falsa o reticencia de mi parte generada con dolo o culpa inexcusable, libera a la Compañía del pago del seguro.

La Compañía se encuentra está en la obligación de entregar la póliza de seguro al Contratante en un 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.

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

Firma del Contratante

Firma del Asegurado (solo si es distinto al Asegurado)

Firma del Agente

Fecha

de de 20

PARA USO INTERNO

Registro de Vendedor	Código del colaborador	Firma Vendedor
Empleador	Fecha	