

Solicitud de Seguro de Vida Accidental Siempre Seguro
 Vida Protegida Vida Total Protegida
 Temporal por Muerte Accidental US\$ Dólares Americanos
 S/. Soles**Datos Personales del Asegurado Titular**

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 DNI <input type="radio"/> RUC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/>	Sexo Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	
Estado Civil 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"/>			Nacionalidad	
Dirección Jr. <input type="radio"/> Av. <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> Pje. <input type="radio"/>			N° / Mz. / Lt. / Dpto.	
Distrito		Provincia	Departamento	
Teléfono Casa		Celular	Correo electrónico	

Datos Laborales del Asegurado Titular

Centro de Trabajo		Actividad Económica	Ingreso Neto Mensual S/. <input type="radio"/> US\$ <input type="radio"/>	
Profesión (solo Persona Natural)		Cargo que desempeña		
Dirección Jr. <input type="radio"/> Av. <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> Pje. <input type="radio"/>		N° / Mz. / Lt. / Dpto.		
Distrito		Provincia	Departamento	
Teléfono		Correo electrónico	Envío de Correspondencia Casa <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/>	

Datos Personales del Contratante (sólo si es distinto al Asegurado Titular)

Vínculo con Asegurado		Razón Social (sólo Persona Jurídica)		
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 DNI <input type="radio"/> RUC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/>	Sexo (solo Persona Natural) Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	
Estado Civil 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"/>			Nacionalidad	
Dirección Jr. <input type="radio"/> Av. <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> Pje. <input type="radio"/>			N° / Mz. / Lt. / Dpto.	
Distrito		Provincia	Departamento	
Teléfono Casa		Celular	Correo electrónico	

Datos Laborales del Contratante (sólo si es distinto al Asegurado Titular)

Centro de Trabajo		Actividad Económica	Ingreso Neto Mensual S/. <input type="radio"/> US\$ <input type="radio"/>	
Profesión (sólo Persona Natural)		Cargo que desempeña		
Dirección Jr. <input type="radio"/> Av. <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> Pje. <input type="radio"/>		N° / Mz. / Lt. / Dpto.		
Distrito		Provincia	Departamento	
Teléfono		Correo electrónico	Envío de Correspondencia Casa <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/>	

Datos Personales del Cónyuge del Asegurado Titular (Asegurado Adicional)*

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha Nac.	Doc. Identidad

(*) No aplica para el Seguro Temporal por Muerte Accidental

Datos Personales de los Hijos del Asegurado Titular (Asegurados Adicionales)*

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha Nac.	Doc. Identidad

(*) No aplica para el Seguro Temporal por Muerte Accidental ni Vida Total Protegida

Detalle de Productos / Coberturas

Periodo de Cobertura (aplica a todos los productos) 1 año - renovación automática Periodicidad de Pago de Prima (aplica a todos los productos) Mensual Trimestral Semestral Anual

Cobertura del Cónyuge (no aplica a Seguro Temporal por Muerte Accidental)

50% de las Sumas Aseguradas del Titular

Siempre Seguro

US\$ S/. Titular Titular + Cónyuge Titular + Cónyuge + Hijos Titular + Hijos

Cobertura del Titular		Plan A <input type="radio"/>	Plan 1 <input type="radio"/>	Plan 2 <input type="radio"/>	Plan 3 <input type="radio"/>	Plan 4 <input type="radio"/>	Plan 5 <input type="radio"/>	Plan 6 <input type="radio"/>	Plan 7 <input type="radio"/>
Fallecimiento accidental (1)	US\$	30,000	40,000	50,000	60,000	70,000	80,000	90,000	100,000
	S/.	105,000	140,000	175,000	210,000	245,000	280,000	315,000	350,000
Fallecimiento accidental en transporte público	US\$	60,000	80,000	100,000	120,000	140,000	160,000	180,000	200,000
	S/.	210,000	280,000	350,000	420,000	490,000	560,000	630,000	700,000
Fallecimiento accidental en transporte aéreo	US\$	90,000	120,000	150,000	180,000	210,000	240,000	270,000	300,000
	S/.	315,000	420,000	525,000	630,000	735,000	840,000	945,000	1,050,000

(1) Cobertura principal

Por cada Hijo (Máximo 3): US\$ 3,000 por Fallecimiento accidental en cualquier evento

Vida Protegida

US\$ S/. Titular Titular + Cónyuge Titular + Cónyuge + Hijos Titular + Hijos

Cobertura del Titular		Plan A <input type="radio"/>	Plan B <input type="radio"/>	Plan 1 <input type="radio"/>	Plan 2 <input type="radio"/>	Plan 3 <input type="radio"/>	Plan 4 <input type="radio"/>	Plan 5 <input type="radio"/>	Plan 6 <input type="radio"/>	Plan 7 <input type="radio"/>	Plan 8 <input type="radio"/>	Plan 9 <input type="radio"/>
Fallecimiento accidental (1)	US\$	35,000	45,000	55,000	65,000	75,000	85,000	95,000	110,000	130,000	160,000	220,000
	S/.	122,500	157,500	192,500	227,500	262,500	297,500	332,500	385,000	455,000	560,000	770,000
Invalidez accidental	US\$	35,000	45,000	55,000	65,000	75,000	85,000	95,000	110,000	130,000	160,000	220,000
	S/.	122,500	157,500	192,500	227,500	262,500	297,500	332,500	385,000	455,000	560,000	770,000

(1) Cobertura principal

Por cada Hijo (Máximo 3): US\$ 2,000 por Fallecimiento accidental en cualquier evento

Vida Total Protegida

US\$ S/. Titular Titular + Cónyuge

Cobertura del Titular	Plan A <input type="radio"/>		Plan B <input type="radio"/>		Plan 1 <input type="radio"/>		Plan 2 <input type="radio"/>		Plan 3 <input type="radio"/>	
	US\$	S/.								
Fallecimiento accidental (1)	10,000	35,000	20,000	70,000	40,000	140,000	50,000	175,000	6,000	21,000
Fallecimiento accidental en transporte público	20,000	70,000	40,000	140,000	80,000	280,000	100,000	350,000	120,000	420,000
Fallecimiento accidental en transporte aéreo	30,000	105,000	60,000	210,000	120,000	420,000	150,000	525,000	180,000	630,000
Invalidez accidental	10,000	35,000	20,000	70,000	40,000	140,000	50,000	175,000	60,000	210,000
Indemnización hospitalaria diaria por accidente	50	175	50	175	50	175	50	175	50	175
Indemnización hospitalaria diaria por accidente - UCI (2)(3)	100	350	100	350	100	350	100	350	100	350

(1) Cobertura principal

(2) 30 días consecutivos o 120 no consecutivos

(3) Las dos últimas coberturas son excluyentes, es decir se pagará una u otra cobertura, pero no ambas por el mismo periodo de tiempo

Temporal por Muerte Accidental

US\$ S/.

Cobertura	Capital Asegurado	Prima
Fallecimiento accidental (1)		
Invalidez permanente total o parcial por accidente		
Fallecimiento accidental de tránsito		
(1) Cobertura principal	TOTAL	

Observaciones:

Detalle de Productos / Coberturas

US\$ S/.

Prima Comercial Anual	
Frecuencia de Pago (*)	
* Factor de Pago	
= Prima Comercial * (frecuencia de pago)	
+ I.G.V.	
= Prima Comercial + I.G.V.	
TCEA	

(*) Solo será aplicable cuando la frecuencia de pago sea distinta a la anual

Detalle de la vía de cargo

Medio de Pago Cargo Cta. <input type="radio"/> T. Crédito <input type="radio"/> T. Débito <input type="radio"/> Otro: <input type="radio"/>	Número	Fecha de Vencimiento
Institución	Prima según Frecuencia de Pago S/. <input type="radio"/> US\$ <input type="radio"/>	N° Autorización de Cargo

Declaración de Beneficiarios (del Asegurado Titular)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha Nac.	Doc. Identidad	Parentesco**	% Distrib.

** Con el Asegurado Titular

Declaración de Beneficiarios Contingentes

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha Nac.	Doc. Identidad	Parentesco**	% Distrib.

** Con el Asegurado Titular

Nota: En el caso de los Asegurados Adicionales (Cónyuge y/o Hijos), el Beneficiario siempre será el Asegurado Titular

Uso Interno de la Compañía

Agente	Código	Agencia	Origen 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.

Profesión	Asegurado Titular	Cónyuge
Detalle de labor desempeñada		

		Aseg. Titular		Cónyuge	
a)	¿Realiza habitualmente alguna actividad extra laboral paralela a la mencionada anteriormente?	Sí	No	Sí	No
b)	¿Su ocupación le exige viajar más de 12 veces al año?	Sí	No	Sí	No
c)	¿Entre sus actividades laborales o extralaborales, usted realiza alguna(s) de las siguientes tareas: levantar o mover mercancías de gran peso, o realizar trabajos bajo tierra o a gran altura, o manejar sustancias corrosivas o tóxicas, o entrar en contacto con sustancias radioactivas, o trabajar con o cerca de materiales explosivos, o realizar trabajos con alto voltaje, o portar arma, o utilizar herramientas mecánicas?	Sí	No	Sí	No
d)	¿Está siendo monitoreado por un médico, o sigue algún tratamiento por una afección grave de larga duración?	Sí	No	Sí	No
e)	¿Tiene usted algún grado de discapacidad o invalidez?	Sí	No	Sí	No
f)	¿Usted ha padecido o padece de Alcoholismo o Drogadicción, o ha sido o es actualmente consumidor de alguna droga o estupefaciente?	Sí	No	Sí	No
g)	¿Practica algún deporte Aficionado?	Sí	No	Sí	No
	Aficionado remunerado?	Sí	No	Sí	No
	Profesional?	Sí	No	Sí	No
	Participante en competencias?	Sí	No	Sí	No
h)	¿Utiliza Moto: Como medio de transporte?	Sí	No	Sí	No
	Como distracción?	Sí	No	Sí	No
	Como deporte de entrenamiento?	Sí	No	Sí	No

		Aseg. Titular		Cónyuge	
i)	¿Realiza regularmente vuelos como piloto, estudiante de piloto o pasajero de aparatos aéreos de una capacidad menor a 30 asientos?	Sí	No	Sí	No
j)	¿Cumple funciones públicas y/o políticas, o las ha cumplido en los últimos 2 años?	Sí	No	Sí	No
k)	¿Ha estado hospitalizado en alguna clínica u hospital para tratamiento o enfermedad? En caso afirmativo indique el periodo de tiempo: _____	Sí	No	Sí	No
l)	¿Está expuesto a riesgos adicionales a los ya mencionados?	Sí	No	Sí	No
m)	¿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 maricales, cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolesa, 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?	Sí	No	Sí	No

En caso que alguna(s) de sus respuestas anteriores haya sido afirmativa , sírvase proporcionar la información solicitada:

Asegurado*	Pregunta	Especificar detalle de la respuesta afirmativa

*Especificar si se trata del Asegurado Titular o Cónyuge

Si algunas de las preguntas anteriores es afirmativa para el caso de su(s) hijo(s), especificar la respuesta:

La aceptación de la solicitud del seguro supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante y/o Asegurado(s) en los términos estipulados por las empresas, 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.

Importante

Confirmando la exactitud y sinceridad de 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 con dolo o culpa inexcusable, 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 Titular

Firma Cónyuge**

** No aplica para el Seguro Temporal por Muerte Accidental

Acuerdos entre La Compañía y El Asegurado y/o El Contratante

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 de presentada la solicitud del seguro para comunicar al Contratante si la solicitud ha sido rechazada. De no mediar rechazo la póliza será entregada en el plazo de quince (15) días.

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(s), 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(s) 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 Titular*

Firma Cónyuge**

* Sólo en caso el Contratante sea distinto al Asegurado Titular

** No aplica para el Seguro Temporal por Muerte Accidental

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 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

1SNAC-1215

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.

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 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		Aseg. Titular	
Si	No	Si	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 Titular*

(* Se entiende como “datos personales” a toda información que me identifica o me hace identificable, y “datos sensibles” a aquellos datos personales referidos a la esfera más personal.
 (**) Sólo en caso el Contratante sea distinto al Asegurado Titular



Propuesta N° 10

Monto a pagar

US\$ S/.

Con este cupón Ud. podrá realizar el pago de la primera prima de su Seguro Accidental 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:

Los agentes de Interseguro no están autoizados 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.