

Propuesta N° x

Solicitud de Seguro de Vida

S/ Soles	<input type="checkbox"/>
US\$ Dólares Americanos	<input type="checkbox"/>

Vida Free (VIXXXXXXXXXX)
Vida Free <input type="checkbox"/> Vida Free Total <input type="checkbox"/>

Datos Personales del Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento		Doc. Identidad		Sexo	
Día	Mes	Año	DNI	RUC	CE
Estado Civil		Nacionalidad		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Otros: Conviviente <input type="checkbox"/>					
Dirección (N°/ Mz/ Lt / Dpto)		Distrito		Provincia	
Domicilio Jr <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pje. <input type="checkbox"/>				Departamento	
Teléfono Casa		Celular		Correo electrónico	
¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP) ⁽¹⁾ ?		¿Es Sujeto Obligado? ⁽²⁾			
Sí <input type="checkbox"/> (Llenar Formato PEP) No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Datos Laborales del Asegurado

Centro de Trabajo		Actividad Económica		Ingreso Neto Mensual	
Profesión		Detalle de labor específica que desarrolla		S/ <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/>	
Dirección (N°/ Mz/ Lt / Dpto)		Distrito		Provincia	
Domicilio Jr <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pje. <input type="checkbox"/>				Departamento	
Teléfono		Correo electrónico			

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

Vínculo con Asegurado		Razón Social (sólo Persona Jurídica)			
Apellido Paterno		Apellido Materno			
Fecha de Nacimiento		Doc. Identidad			
Día	Mes	Año	DNI	RUC	CE
Estado Civil		Nacionalidad		Sexo	
Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Otros: Conviviente <input type="checkbox"/>				Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Dirección (N°/ Mz/ Lt / Dpto)		Distrito		Provincia	
Domicilio Jr <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pje. <input type="checkbox"/>				Departamento	
Teléfono Casa		Celular		Correo electrónico	
¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP) ⁽¹⁾ ?		¿Es Sujeto Obligado? ⁽²⁾			
Sí <input type="checkbox"/> (Llenar Formato PEP) No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

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

Centro de Trabajo		Actividad Económica		Ingreso Neto Mensual	
Profesión		Detalle de labor específica que desarrolla		S/ <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/>	
Dirección (N°/ Mz/ Lt / Dpto)		Distrito		Provincia	
Domicilio Jr <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pje. <input type="checkbox"/>				Departamento	
Teléfono		Correo electrónico			

(1) PEP: 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.

(2) Sujeto Obligado: 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.

Detalle del Producto

Periodo Cobertura (Años)*

O Temporal años O Vitalicio**

Periodo Pago (Años)*

Frecuencia de Pago de Prima

Mensual Trimestral Semestral Anual

Tipo de Riesgo

Fumador No Fumador

% de devolución de prima

0% 50% 75% 100% 125%

* En caso de Vida free total, el periodo de cobertura es siempre mayor al pago

** Periodo de cobertura vitalicia, solo aplica para **Vida free****Detalle de Prima**

Moneda US\$ O S/ O

Cobertura Principal	Capital Asegurado	Prima
Fallecimiento		
Cláusulas Adicionales	Capital Asegurado	Prima
Fallecimiento Accidental		
Fallecimiento Accidental de Tránsito		
Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad como adelanto de Capital.		
Enfermedades Graves e Intervenciones como adelanto de capital		
Enfermedades graves e intervenciones		

Vida Free

- Prima Comercial Anual
- Factor de Pago ⁽¹⁾
- Prima Comercial ⁽²⁾
- IGV ⁽³⁾
- Prima Comercial + IGV

Observaciones:

(1) Factor de Pago: sólo aplica para la Prima Comercial Anual

(2) Monto de la prima según Factor de Pago

(3) I.G.V. sólo aplica cuando el Contratante es Persona Jurídica

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

Agente

Código

Agencia

Origen Venta

Nota de Cobertura Provisional
CÓDIGO SBS: VI2027100228

Vida Free (VIXXXXXX)		Vida Free Total	
-------------------------	--	-----------------	--

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 Nota de 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 la presente Cobertura, siempre y cuando ocurran dentro del periodo de vigencia provisional establecido.
- El Contratante, por su parte, declara haber realizado el pago a cuenta, correspondiente al seguro solicitado, requerido 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 a cuenta del seguro solicitado.	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 Fallecimiento Accidental	

Nota de Cobertura Provisional
CÓDIGO SBS: VI2027100228

Vida Free (VIXXXXXX)		Vida Free Total	
-------------------------	--	-----------------	--

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 Nota de 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 la presente Cobertura, siempre y cuando ocurran dentro del periodo de vigencia provisional establecido.
- El Contratante, por su parte, declara haber realizado el pago a cuenta, correspondiente al seguro solicitado, requerido 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 a cuenta del seguro solicitado.	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 Fallecimiento Accidental	

9. Descripción de riesgos cubiertos	Fallecimiento del Asegurado producida como consecuencia directa o inmediata de un accidente, ocurrida durante la vigencia de la presente Cobertura.
10. Suma asegurada	Suma asegurada de la cobertura principal señalada en la Solicitud de Seguro con un límite máximo de US\$ xxxx o su equivalente en soles S/. xxxx
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 cuanto este haya sido causado por: Suicidio; participación en peleas, actos delictivos, mítines; servicios en las Fuerzas Armadas y policiales; deportes riesgosos, entrenamientos o competencias (prácticas activas, frecuente y recurrente 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/l 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 estas y otras exclusiones, así como los términos y condiciones que aplican a la presente Cobertura pueden ser verificadas en nuestra página web www.interseguro.com.pe, en la sección "Nuestros Productos" o ser solicitados en nuestros Centros de Atención al Cliente, ubicados en xxxx

Fecha: _____

XXXXXX

Representante de la Compañía

Cód. Agente	Agencia	Firma Agente

9. Descripción de riesgos cubiertos	Fallecimiento del Asegurado producida como consecuencia directa o inmediata de un accidente, ocurrida durante la vigencia de la presente Cobertura.
10. Suma asegurada	Suma asegurada de la cobertura principal señalada en la Solicitud de Seguro con un límite máximo de US\$ xxxx o su equivalente en soles S/. xxxx
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 cuanto este haya sido causado por: Suicidio; participación en peleas, actos delictivos, mítines; servicios en las Fuerzas Armadas y policiales; deportes riesgosos, entrenamientos o competencias (prácticas activas, frecuente y recurrente 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/l 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 estas y otras exclusiones, así como los términos y condiciones que aplican a la presente Cobertura pueden ser verificadas en nuestra página web www.interseguro.com.pe, en la sección "Nuestros Productos" o ser solicitados en nuestros Centros de Atención al Cliente, ubicados en xxxx

Fecha: _____

XXXXXX

Representante de la Compañía

Cód. Agente	Agencia	Firma Agente

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD E INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADO

Sírvase llenar este formulario. 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 5 kg de peso en el último año? Aumentó O Disminuyó O ¿En cuánto? _____ Kg	Si O No O Motivo : _____
---------------	-----------	---	-----------------------------

¿fuma usted? ¿cuántos cigarrillos al día? Sí O No O _____

Para indicar "NO" en la pregunta anterior, no debe haber consumido productos que contengan tabaco en los últimos 12 meses.

¿Usted consume o ha consumido Drogas? Sí O No O Fecha de último consumo _____ Frecuencia _____

Cantidad _____

¿Consumo más de 7 vasos de vino u otro licor a la semana? Sí O No O

En caso haya marcado "SI": Cantidad que toma _____ Frecuencia _____

Pregunta	Si	No
1) ¿Recibe o ha recibido tratamiento médico o quirúrgico por alguna enfermedad, problema físico, mental, lesión, afección o dolencia? o ¿está siendo evaluado para el diagnóstico de alguna enfermedad ?	O	O
2) ¿Usted toma medicamentos por alguna enfermedad o tratamiento médico? (no incluye vitaminas)	O	O
3) ¿Tiene alguna otra información adicional que declarar concerniente a su salud física o mental, lesión, afección o dolencia?	O	O
4) Sólo para mujeres : ¿Está usted embarazada en este momento?	O	O

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD E INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADO

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

Pregunta	Enfermedad, dolencia, afección, embarazo, diagnóstico	Medicamentos que toma	Fecha de diagnóstico (mes y año)	Condición Actual*	Nombre del Médico y/o Clínica u Hospital

* ET: en tratamiento S: sano o ST: sin tratamiento

Importante: Tener en cuenta que en caso de ser necesario se solicitará el Informe Médico Tratante y exámenes adicionales.

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADO

Pregunta	Si	No
a) ¿Realiza alguna actividad (profesional o laboral) adicional a la declarada en la solicitud?	O	O
b) ¿Practica alguno de los siguientes deportes de riesgo: Montañismo, hiking o trekking , ala delta, caminatas, excursionismo, rafting, escalada en roca, ciclismo de montaña, canotaje, kayaking, surf, windsurf, kitesurf, sandboarding y tubulares, parapente, paracaidismo, bungee, canopy, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak surf, pesca de altura, off-road en 4x4 ó algún otro deporte de alto riesgo? ¿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? ¿Otras competencias? Indicar	O	O
e) ¿Utiliza moto como medio de transporte ya sea como conductor o pasajero?. (En caso sea afirmativo deberá llenar el cuestionario correspondiente)	O	O

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

Pregunta	Especificar detalle de la respuesta afirmativa

Importante: Tener en cuenta que según sus declaraciones podría solicitarse documentación y/o información adicional.

Declaración Adicional de labor o cargo que desempeña

Detalle de labor que desempeña _____

En caso de ser arquitecto, ingeniero civil, maestro y/o supervisor de obra, albañil, u otro personal de obra indicar si su labor es desarrollada en:

Oficina Campo/Obra/Planta Ambos

En caso de ser ingeniero eléctrico, electricista, técnico electricista, supervisor electricista, técnico instalador de telecomunicaciones, y/o similares, indicar si su labor es desarrollada en:

Oficina Campo/Obra/Planta Alturas/tendidos eléctricos y/o aparatos de alta tensión

Importante: En caso que el desarrollo de su labor sea en los siguientes rubros deberá adjuntar el cuestionario respectivo: Fuerzas Armadas, Marina Mercante, Minería, Pesca, Petróleo - Gas, Aviación Comercial, Servicio de Seguridad, Bombero, Profesiones Jurídicas, Periodismo, Motociclismo y Automovilismo.

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 Compañía, 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

Confirmando 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 inexacta o reticente 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

ACUERDOS ENTRE LA COMPAÑIA 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, la 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 mediante el Mecanismo de Comunicación pactado en la presente solicitud. El plazo indicado quedará suspendido hasta la presentación de la información solicitada. Si en un plazo de treinta (30) días calendario contado desde la fecha de firma de la presente solicitud no se ha tenido respuesta por parte del Contratante, la solicitud del seguro se entenderá abandonada por documentación incompleta.

IMPORTANTE: La aceptación de la solicitud supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante, en tanto estos hayan proporcionado información veraz. Por lo tanto, la presente solicitud, los exámenes médicos, así como la información adicional proporcionada por el Contratante formarán parte integrante de la póliza de seguro.

La póliza y demás comunicaciones vinculadas con ella serán enviadas al correo electrónico declarado por el Contratante y/o 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

Consentimiento para Tratamiento de Datos Personales

Conforme a la Ley de Protección de Datos Personales, Ley 29733, y su Reglamento, Decreto Supremo 3-2013-JUS, a través de este documento Interseguro Compañía de Seguros S.A. ("Interseguro"), con domicilio en Av. Javier Prado Este 492, oficina 2601, San Isidro, Lima, Perú, informa sobre los alcances del tratamiento⁽¹⁾ de los datos personales que nos facilita con ocasión a la contratación de este seguro.

TRATAMIENTO NECESARIO:

Usted, como Contratante y/o Asegurado, según corresponda, otorga a Interseguro su consentimiento previo, informado, expreso e inequívoco para realizar el tratamiento de sus datos personales y sensibles ("Datos Personales") así como los Datos Personales de las personas a quienes nombra como beneficiarios (a todos ellos, en adelante, "Datos Personales"), para la evaluación de riesgo, celebración del contrato, procesamiento y actualización de datos, gestión de cobranzas y cargo de primas, envío de correspondencia y comunicaciones, evaluación y pago de siniestros, entre otros que conforman la ejecución de la relación contractual.

Los Datos Personales serán almacenados en el banco de datos "Clientes" de titularidad de Interseguro, inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales, donde se tratarán hasta que usted revoque formalmente su consentimiento. Los Datos Personales son necesarios para poder ejecutar el contrato de seguro. Usted tiene derecho de revocar su consentimiento en cualquier momento, no obstante, si lo hace durante la vigencia del contrato, Interseguro no podrá cumplir con sus obligaciones derivadas del contrato. Interseguro podrá transferir a nivel nacional⁽²⁾ e internacional⁽³⁾ los Datos Personales a terceros que realizarán actividades relacionadas a la ejecución de la relación contractual por encargo de Interseguro.

(1) XXXXXX
XXXXXX

(2)

TRATAMIENTO OPCIONAL:

Usted, como Contratante y/o Asegurado, según corresponda y dependiendo de la opción que marque al final de este casillero, puede otorgar de forma libre, expresa, previa e inequívoca, su consentimiento para que Interseguro transfiera los Datos Personales a las empresas de su grupo económico - Intercorp⁽⁴⁾, y para que Interseguro y dichas empresas puedan, respecto a sí mismas: tratar sus Datos Personales con la finalidad de ofrecer, enviar información y publicidad sobre productos y servicios, ofertas y promociones, sea de forma directa o a través de terceras empresas contratadas para tales finalidades, a través de medios personalizados o de sistemas de comunicación masiva; así como para que Interseguro realice estudios de mercado y elaboración de perfiles de compra. Este Tratamiento es Opcional y se realizará hasta el momento en que usted revoque el consentimiento.

Contratante		Asegurado	
<input type="checkbox"/> Sí acepto	<input type="checkbox"/> No acepto	<input type="checkbox"/> Sí acepto	<input type="checkbox"/> No acepto

Para el Tratamiento Necesario y el Tratamiento Opcional:

- Usted declara que cuenta con la legitimidad y autorización suficiente para facilitar los Datos Personales para el Tratamiento Necesario y para el Tratamiento Opcional, según corresponda y conforme haya marcado la casilla correspondiente.

- Interseguro le informa que puede ejercer de forma libre, gratuita y en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de Datos Personales, mediante el envío de una comunicación a servicios@interseguro.com.pe o en la Av. Paseo de la Republica 3071, San Isidro, Lima, Perú, conteniendo lo siguiente: a) nombres y apellidos del titular del derecho y acreditación de los mismos. En caso de actuar a través de representante legal, deberá, adicionalmente, adjuntar copia del DNI del representante legal y del título que acredite la representación; b) Petición concreta que da lugar a la solicitud; c) domicilio o dirección electrónica, a efectos de recibir las respuestas o notificaciones; d) Fecha y firma (no aplica firma si es por vía de correo electrónico); e) Documentos que sustentan la petición, de ser el caso. Interseguro atenderá las solicitudes cumpliendo con los plazos y formalidades que establece la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

(1) La Ley de Protección de Datos Personales define al tratamiento de datos personales como cualquier operación o procedimiento técnico, automatizado o no, que permite la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción, consulta, utilización, bloqueo, supresión, comunicación por transferencia o por difusión o cualquier otra forma de procesamiento que facilite el acceso, correlación o interconexión de los datos personales.

(2) XXXXXX

(3) XXXXXX

(4) XXXXXX

En señal de conformidad a las Declaraciones y Acuerdos contenidos en la presente Solicitud de seguro, incluyendo la Declaración Personal de Salud, la Declaración Adicional de labor o cargo, la Evaluación del Riesgo y Plazo de comunicación de rechazo, el consentimiento para el envío de la póliza electrónica y demás comunicaciones futuras, la Política de Privacidad y Consentimiento para Tratamiento de Datos Personales y la Nota de Cobertura Provisional, se suscribe la presente a los.....dedel 20.....

Firma Contratante

Firma Asegurado (**)

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

Propuesta N° x

Con este cupón Ud. podrá realizar el pago de su Seguro de Vida en las ventanillas o páginas web de los siguientes bancos, a través del servicio de Pago de Primera Prima:

Monto a pagar*

- 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 pago alguno, 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.