

Correlativo N°
IFP N°

Solicitud de Seguro de Ingreso Flexible con devolución
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
CÓDIGO SBS XXXXXXXXXXXX

Datos Personales del Asegurado/Contratante

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento		Doc. Identidad DNI O CEO		Sexo	
Día	Mes	Año		Masculino O	Femenino O
Estado Civil				Nacionalidad	
Soltero(a) O Casado(a) O Viudo(a) O Divorciado(a) O Otros: Conviviente O					
Dirección (N° / Mz / Lt / Dpto.)				Residencia	
Domicilio Jr. O Av. O Calle O Pje. O					
Distrito		Provincia		Departamento	
Teléfono Casa		Celular		Correo electrónico	

Información de Cumplimiento PLAFT

¿Es Personas Expuestas Politicamente (PEP)?

Asegurado		Beneficiario	
Si O	No O	Si 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	
Si O	No O	Si 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 Beneficiario (Para CA de RENTA CON PERIODO GARANTIZADO)

Apellidos y nombres	Fecha Nac.	Doc. Identidad	Relación con el asegurado	% de beneficio

Declaración de Beneficiario (Para CA de RENTA PARA EL CONYUGUE O CONCUBINO Y/O PADRES)

Apellidos y nombres	Fecha Nac.	Doc. Identidad	Relación con el asegurado	% de renta

El Asegurado deberá declarar a los beneficiarios en la Solicitud del Seguro, caso contrario no serán considerados como beneficiarios del presente seguro, aún si hubiesen mantenido alguna relación de parentesco con el Asegurado. En caso no se declaren beneficiarios, se considerará a los Herederos Legales del Asegurado.

Correlativo N°

IFP N°

Tipo de Renta Solicitada

Monto Renta

_____ 1er tramo
_____ 2do tramo (aplica solo en renta escalonada)

Pago escalonado SI O NO O

_____ años de pago escalonado

_____ % primer tramo

Periodo Garantizado SI O NO O

_____ años que se garantiza

Gastos de Sepelio SI O NO O

SI/_____ a la fecha de la solicitud

Cobertura por Fallecimiento SI O NO O

_____ % de la prima única

Cobertura por Sobrevivencia SI O NO O

_____ % de la prima única (no aplica para vitalicia)

Pago Doble SI O NO O

_____ años de pago doble

Devolución de prima SI O NO O

_____ % de la prima única, solo si marco renta a Plazo Fijo

Tipo de Moneda de Renta

S/ O Nominal O Ajustado por IPC O Ajustado Tasa Fija O

US\$ O Nominal O Ajustado Tasa Fija O

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

S/ o US\$ Nominal: El monto de la renta es fijo durante el plazo de vigencia de la póliza, salvo que se hubiese contratado la cláusula adicional de pago doble.

S/ o US\$ Ajustado Tasa Fija El monto de la renta se ajusta de forma trimestral en los meses de enero, abril, julio y octubre, de acuerdo al equivalente trimestral de la tasa de ajuste señalada líneas arriba.

S/ IPC El monto de la renta se ajusta de forma trimestral en los meses de enero, abril, julio y octubre, de acuerdo a la variación del Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana (IPC) publicado por el INEI.

Plazo Renta

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

Renta para Cónyuge o Concubino y/o Padres

SI O NO O

_____ % de la renta asignado al cónyuge o concubino

_____ % de la renta asignado al Padre

_____ % de la renta asignado a la Madre

Devolución de prima SI O NO O

_____ % de la prima única, solo si marco renta a Plazo Fijo

Rescate anticipado SI O NO O

EL PRODUCTO DE RENTA PARTICULAR ES IRREVOCABLE, POR LO QUE NO APLICA LA OPCION DE RESOLUCION SIN EXPRESION

Monto de Prima

Monto de prima única

S/ O US\$ O

Oportunidad de pago

Dos (2) días hábiles contados desde el día siguiente de la aprobación de su Solicitud del Seguro.

Modalidad de Pago de Renta

Modalidad de pago

Abono en cuenta O Caja-Ventanilla O

Banco

Número de cuenta

Uso Interno de la Compañía

Agente

Código

Agencia

Origen Venta

Correlativo N°
IFP N°

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 y la documentación solicitada por la Compañía indicados en la cotización del seguro.

Una vez completados los requisitos mencionados, la Compañía dispondrá de un 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. 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 desistida por documentación incompleta.

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

Mecanismo de Comunicación Pactado

La comunicación informando el resultado de su evaluación de riesgo, su póliza de seguro electrónica, endosos futuros, cartas, estados de cuenta, comunicaciones de cobranza y/u otra documentación serán enviadas al correo electrónico declarado por usted desde el dominio @Interseguro. Así también, el Contratante y/o Asegurado Titular otorga(n) su consentimiento para que su Póliza de seguro electrónica, endosos futuros, cartas y/u otra documentación, sean enviados vía correo electrónico desde el dominio @Interseguro. Todas aquellos documentos y comunicaciones se entenderán por recibidos en la casilla de correo electrónico declarada por el Contratante, a través de la confirmación del servidor de destino. Si adicionalmente desea una copia física de su póliza, podrá enviar su solicitud a nuestro Centro de Servicio de Atención al Cliente mediante un correo a servicios@interseguro.com.pe o llamando al teléfono (01) 500-0000 o de forma presencial en las oficinas de Interseguro a nivel nacional.

Irrevocabilidad del seguro

La presente póliza permanecerá vigente hasta el fallecimiento del Asegurado si no existieran Beneficiarios de la renta o hasta la

Declaración de Debita Diligencia (a ser llenada por el Agente)

Yo, [.....] identificado con DNI N°

[.....] declaro haber realizado una debida diligencia en el conocimiento del 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 solicitado.

Por lo tanto, declaro tener conocimiento que, en caso se detecte que mi cliente haya utilizado o intente utilizar a Interseguro con fines

En señal de conformidad, suscribo la presente a losdedel 20.....

Firma Agente

Propuesta N°

Monto a pagar

Ud. podrá realizar el pago de la prima única de su Seguro de Renta Particular Plus en las ventanillas o páginas web en las cuentas de los siguientes bancos:

- Interbank Cta. Soles xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (www.interbank.com.pe)
Cta. Dólares xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
- BBVA Cta. Soles xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (www.bbva.pe)
Cta. Dólares xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
- Banco de Crédito Cta. Soles xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (www.viabcp.com)
Cta. Dólares xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
- Scotiabank Cta. Soles xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (www.scotiabank.com.pe)
Cta. Dólares xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

IMPORTANTE

Los agentes de Interseguro no están autorizados 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.

Correlativo N°
YFP N°

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 su renta vitalicia.

TRATAMIENTO NECESARIO:

Usted otorga a Interseguro su consentimiento libre, 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 celebración del contrato, procesamiento y actualización de datos, pago de pensiones, envío de correspondencia y comunicaciones, evaluación y análisis de solicitudes, custodia, digitalización y almacenamiento digital de documentos, 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 renta vitalicia. Usted tiene derecho de revocar su consentimiento en cualquier momento; no obstante, si lo hace Interseguro se libera de responsabilidad por la imposibilidad de 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.

TRATAMIENTO OPCIONAL:

Usted, 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 realicen 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.

Sí acepto No acepto

Para el Tratamiento Necesario y el Tratamiento Opcional:

Interseguro le informa que usted 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 documento de identidad 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

Firma Contratante

¹La 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 (...)

³ (...)

⁴ (...)

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.