Interseguro

Póliza N° _____

# Solicitud de Endoso de Seguro de Vida

## Datos Personales del Asegurado

**Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Nombres**

**Fecha de Nacimiento** **Día** ☐☐ **Mes** ☐☐ **Año** ☐☐☐☐

**Doc. Identidad** DNI ○ RUC ○ CE ○

**Sexo** Masculino ○ Femenino ○

**Dirección** Jr. ○ Av. ○ Calle ○ Pje. ○

**Distrito**

**Provincia**

**Departamento**

**Correo Electrónico**

## Datos Laborales del Asegurado

**Centro de Trabajo** | **Actividad Económica** | **Ingreso Neto Mensual** S/. ○ US$ ○

**Profesión / Detalle de labor específica que desarrolla**

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

## Declaración Adicional de labor o cargo que desempeña

Declaro que mis funciones con respecto a la labor desempeñada como: _____

son: _____

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 sus funciones sean realizadas en Mina, Gaseoductos y Petroleras, deberá llenar el cuestionario correspondiente.**

Fecha: _____ / _____ / _____

_____

**Firma Asegurado**

## 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, la documentación solicitada por la Compañía, la recepción de los resultados de exámenes médicos indicados en el estudio del endoso.

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 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 contando desde la fecha de firma de la presente solicitud no se ha tenido respuesta por parte del contratante y/o asegurado, la solicitud del endoso se entenderá desistida por documentación incompleta.

IMPORTANTE: La aceptación de la solicitud supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante y/o Asegurado, 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 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 Contrante y/o Asegurado deja(n) expresa contancia de su aprobación, acordando que desde la fecha de suscripción del presente documento, el envío de: estados de cuetna, cartas y/u otra documentación, será recepcionada a través del medio de comunicación previamente elegido.

## DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD E INFORMACIÓN ADICIONAL DE 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.**

Estatura (cm) _____ Peso (Kg) _____ ¿Ha tenido variación de más de 5Kg de peso en el último año? Sí ○ No ○

Aumentó ○ Disminuyó ○ ¿En cuánto? _____ Kg Motivo: _____

¿Usted fuma cigarros? Sí ○ No ○ Indicar cantidad _____ y frecuencia _____

¿Usted consume o ha consumido Drogas? Sí ○ No ○ Indicar fecha de última vez de consumo _____

¿Usted consume alcohol? Sí ○ No ○ Indicar cantidad _____ y frecuencia _____

| Pregunta | | Sí | No | Detalle |
|---|---|---|---|---|
| **1)** ¿Usted toma medicamentos? ¿Cuál? Indicar Motivo | | ○ | ○ | |
| **2)** ¿Padece o ha padecido, recibe o ha recibido tratamiento médico o quirúrgico por alguna enfermedad? | | ○ | ○ | |
| **3)** ¿Está siendo evaluado para el diagnóstico de alguna enfermedad? | | ○ | ○ | |
| **4)** ¿Padece de algún problema físico, mental o enfermedad, lesión, afección o dolencia no mencionada anteriormente? | | ○ | ○ | |
| **5)** ¿Tiene alguna otra información que declarar concerniente a su salud? | | ○ | ○ | |
| **6) Solo para mujeres:** | ¿Está usted embarazada en este momento? Indicar tiempo gestación | ○ | ○ | |
| | En caso fuera afirmativo, ¿Su embarazo actual o anteriores ha(n) sido considerado(s) por su médico tratante de alto riesgo y/o le ha solicitado tener cuidados especiales y/o ha evolucionado con problemas? | ○ | ○ | |

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

| Pregunta | Enfermedad, dolencia o afección | 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 | Sí | No |
|---|---|---|
| a) ¿Realiza alguna actividad (profesional o laboral) adicional a la declarada anteriormente? | ○ | ○ |
| b) ¿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 marciales, cañoning, kayak, surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, street luge? | ○ | ○ |
| c) ¿Participa en entrenamiento o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carrera de automóviles, lanchas, moticicletas, motocross y carreras de caballo? | ○ | ○ |
| d) ¿Practica otros deportes o hobbies? ¿Cuáles? ¿Frecuencia? | ○ | ○ |
| e) ¿Participa en competencias? ¿Cuál(es)? | ○ | ○ |
| f) ¿Utiliza Moto? Indicar frecuencia de uso. (En caso afirmativo deberá llenar el cuestionario correspondiente) | ○ | ○ |

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.**

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 estos 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: Confirmo 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 falsa o reticencia 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.

Fecha: ____/____/____ _____

Firma Asegurado