Interseguro

Número de Póliza _____

Formato de Actualización de Datos

Producto: Vida O Rentas O SOAT O Otros O _____

Datos Personales

Cambio afecta al: Contratante O Asegurado O

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Nombres _____ Doc. Identidad DNI/CE/Otro N° _____

Teléfono Domicilio _____ Teléfono Celular _____

Dirección Particular O

Dirección Av./Jr./Calle _____

N° / Mz. / Lt. _____ Dpto./Of./Int. _____ Referencias _____

Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____

Dirección Comercial O

Dirección Av./Jr./Calle _____

N° / Mz. / Lt. _____ Dpto./Of./Int. _____ Referencias _____

Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____

Correo Electrónico _____

Medio de envío de comunicación:

O Correspondencia a dirección: O Particular O Comercial

En caso de no encontrarme en la dirección indicada, autorizo la entrega de documentos:

O A cualquier persona en la dirección especificada

O A: _____

O Correo:

Autorizo a la Compañía para que me envíe la información a través de la dirección electrónica consignada en mis datos. Asimismo, dejo expresa constancia de mi conformidad con este medio de envío, acordando que desde la fecha de suscripción del presente documento, los estados de cuenta, cartas y/o otros documentos los recepcionaré a través de la cuenta de correo electrónico anteriormente indicada.

De acuerdo a lo establecido en el artículo 24° del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, el Contratante declara su conformidad para que el mecanismo de comunicación asociado a la póliza sea mediante el medio pactado anteriormente.

_____ Firma del Contratante

_____ Firma del Representante de Interseguro

Fecha / /

SSAD-0217

Interseguro