



SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL (SEGURO DE VIDA)

CÓDIGO SBS VI2027100243

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Datos Personales del Asegurado

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Fecha de Nacimiento Tipo Doc. Identidad N° Doc. Identidad Sexo
 DNI RUC CE Masculino Femenino

Estado Civil Nacionalidad
 Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otros:
Conviviente

Dirección (N°/ Mz/ Lt / Dpto Distrito – Provincia – Departamento)

Domicilio: Jr. Av. Calle Pje.

Teléfono Celular Correo Electrónico
Casa

¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP) (1)? ¿Es Sujeto Obligado (2)?
 Sí (Llenar formato PEP) No Sí No

Datos Laborales del Asegurado

Centro de Trabajo Actividad Económica Ingreso Neto Mensual
 S/ US\$

Profesión Detalle de labor específica que desarrolla

Dirección (N° Mz/ Lt / Dpto. Distrito - Provincia - Departamento) Domicilio: Jr. Av. Calle Pje.

Teléfono Correo Electrónico

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

Vínculo con Razón Social (solo Persona Jurídica)
Asegurado

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Fecha de Nacimiento

Tipo Doc. Identidad

DNI RUC
 CE

N° Doc. Identidad
-

Sexo
 Masculino [
 Femenino

Estado Civil
 Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otros:
Conviviente

Nacionalidad
-

Dirección (N°/ Mz/ Lt / Dpto Distrito – Provincia – Departamento)

Domicilio: Jr. Av. Calle Pje. - _____

Teléfono Celular Correo Electrónico
Casa - -
- -

¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP) (1)? Sí (Llenar formato PEP) No
¿Es Sujeto Obligado (2)? Sí No

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

Centro de Trabajo	Actividad Económica	Ingreso Neto Mensual	
		S/ []	US\$ []
-	-		

Profesión/ Detalle de labor específica que desarrolla
-

Dirección (N° Mz/ Lt / Dpto. Distrito - Provincia - Departamento) Domicilio: Jr. Av. Calle Pje.

~~Correo Electrónico~~
Teléfono -

(1) PEP: Son personas naturales, nacionales o extranjeras, que actualmente desempeñan, o que en los últimos dos (2) años hayan desempeñado, cargos públicos de relevancia o funciones importantes en una organización internacional, ya sea dentro o fuera del país. También se considera 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)	Frecuencia de Pago de Prima
	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual

Detalle de primaMoneda US\$ S/

Cobertura Principal	Capital Asegurado	Prima
Fallecimiento		

Vida Temporal

Prima Comercial Anual	
Factor de Pago (1)	
Prima Comercial (2)	

Observaciones:

- (1) Factor de Pago: sólo aplica para la Prima Comercial Anual
 (2) Monto de la prima según Factor de Pago

Declaración de Beneficiarios

Apellidos Paterno	Apellidos 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

N° Nota Cobertura	Agente	Código	Agencia	Origen de venta

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

Fecha: _____

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 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, 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 desistida 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.

Mecanismos de comunicación pactado

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 los ... de _____ del 20....

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? Si [] No []
		Aumento <input type="checkbox"/> Disminuyó <input type="checkbox"/> ¿En cuánto? <input type="text"/> Motivo: <input type="text"/> Kg

¿Usted fuma?	Si []	No []	Indicar cantidad
--------------	-------	-------	------------------

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?	Si []	No []	Fecha de último consumo Cantidad Frecuencia
¿Consumes más de 7 vasos de vino u otro licor a la semana?	Si []	No []	Cantidad Frecuencia

#	Pregunta	Si	No	Detalle
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	¿Usted toma medicamentos por alguna enfermedad o tratamiento médico? (no incluye vitaminas). ¿Cuál/Cuáles? Indicar motivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	¿Tiene alguna otra información adicional que declarar concerniente a su salud física o mental, lesión, afección o dolencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sólo para mujeres		SI	NO	Detalle
4.	¿Está usted embarazada en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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
1					
2					
3					
4					

* 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Utiliza moto como medio de transporte ya sea como conductor o pasajero?. (En caso sea afirmativo deberá llenar el cuestionario correspondiente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Pregunta	Especificar detalle de la respuesta afirmativa
a)	
b)	
c)	

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

Consentimiento para Tratamiento de Datos Personales

Conforme a la Ley de Protección de Datos Personales, Ley 29733, su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo 016 -2024-JUS y sus normas ampliatorias y modificatorias, 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.

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

(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) XXXXXXXX (3) XXXXXXXX (4) XXXXXXXX.

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 los medios indicados en nuestra página web oficial www.interseguro.com.pe, o a nuestro centro de atención al cliente ubicado en Avenida Javier Prado Este N° 476, 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 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 respuestas o notificaciones; d) fecha y firma (no aplica firma si es por vía de correo electrónico); e) documentos que sustenten la petición, de ser el caso. Interseguro atenderá las solicitudes cumpliendo con los plazos y formalidades establecidos por la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

En señal de conformidad a las declaraciones y acuerdos contenidos en la presente solicitud de seguro, incluyendo la declaración personal de salud, la evaluación del riesgo y plazo de comunicación de rechazo, el consentimiento para el envío de la póliza electrónica y demás comunicaciones futuras y política de privacidad y consentimiento para tratamiento de datos personales se suscribe la presente a los ... de del 20....

Firma Contratante

Firma Asegurado Titular (*)

* Solo en el caso el Contratante sea distinto al Asegurado.

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.