

Vive seguro, vive mejor.

PACIFICOVIDA
seguros de vida

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
Seguro de Vida en Grupo Temporal Anual Renovable
“Renta Estudiantil”

Completa y firma la solicitud sin correcciones o enmendaduras y entregala durante el proceso de matrícula*

Datos del Asegurado (Padre, Madre o Tutor del Alumno):				
Apellido Paterno:		Apellido Materno:		
Nombres:		DNI ó C.E:		
Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:		
Parentesco con el Alumno:		Ocupación:		
Correo electrónico:		Teléfono:		
Domicilio:		Provincia:		
		Departamento:		
Datos del Cónyuge del Asegurado (Solo llenar en caso se desee asegurar al cónyuge del Asegurado, debiendo realizar el pago de prima adicional)				
Apellido Paterno:		Apellido Materno:		
Nombres:		DNI ó C.E:		
Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:		
Parentesco con el Alumno:		Ocupación:		
Correo electrónico:		Teléfono:		
Domicilio:		Distrito:		
		Departamento:		
Datos del Alumno Beneficiado (Debiendo realizar el pago de prima adicional por Alumno Beneficiado)				
Nombre del Alumno	DNI	Fecha de Nacimiento	Año	Sección
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Institución Educativa: (CONTRATANTE del seguro)				
Nombre:				
<p>DECLARACIÓN JURADA DEL PROPUESTO ASEGURADO: Declaro encontrarme en buen estado de salud y estar dentro de los límites de edad de permanencia establecidos por la póliza. Declaro que los datos proporcionados son verdaderos y que es de mi conocimiento que cualquier simulación o falsedad determina la nulidad del contrato de seguro y en consecuencia toda obligación de Pacífico Vida. Declaro conocer las condiciones de este seguro a las cuales me sujeto.</p> <p>AUTORIZACIÓN: Autorizo a todos los médicos y a cualquier otra persona que me examine o atienda, y a todos los hospitales y cualquier otra Institución, para que suministren información médica completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con reclamos de beneficios a PACIFICO VIDA, incluida información referida al VIH/SIDA. Asimismo, me comprometo a obtener y proporcionar dicha información respecto de los miembros de mi familia cubiertos por el seguro.</p> <p>La firma de la presente solicitud manifiesta de manera explícita y voluntaria mi intención de tomar el seguro “Renta Estudiantil” y de someter toda controversia derivada del presente seguro a un arbitraje de derecho.</p>				
Firma del Padre, Madre o Tutor del Alumno:				

* en caso de matrícula presencial

INICIO DE VIGENCIA Y DURACIÓN DE LA COBERTURA: La póliza inicia su vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, y se emite con vigencia anual renovable de acuerdo a lo indicado en la Cláusula de Renovación del Seguro. La cobertura respecto de cada asegurado se inicia en la fecha de pago de la prima y se mantendrá vigente hasta el 1 de marzo del año siguiente, pudiendo el asegurado renovar su incorporación al seguro grupal, en las condiciones que estuvieran vigentes a la fecha de la renovación.

EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: Para padres: hasta cumplir los 70 años de edad. Para tutores: hasta cumplir los 65 años de edad.

ALUMNOS BENEFICIADOS: La póliza se toma en beneficio de el(los) alumno(s) indicado(s) en este documento; sin embargo, la Suma Asegurada será pagada directamente a la Institución Educativa señalada en las Condiciones Particulares.

PRIMA: La prima ha sido debidamente informada al Asegurado y deberá ser pagada por cada asegurado y alumno beneficiado. Su monto figurará en el Certificado de Seguro.

COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA:

Coberturas	Definiciones y Condiciones	Suma Asegurada
Vida	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas naturales o accidentales.	Pago de 11 pensiones educativas al año hasta la culminación de sus estudios escolares secundarios (*)
Invalidez Total y Permanente por Accidente:	Se considera únicamente los siguientes casos: a) Estado absoluto e incurable de alienación mental o descerebramiento que no permita al Asegurado ningún trabajo por el resto de su vida, b) Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente, c) Pérdida total de la visión de ambos ojos, d) Pérdida completa de ambas manos, ambos pies, o una mano y un pie.	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:	Disminución física o intelectual, continua e interrumpida durante más de 6 meses, igual o superior a los dos tercios (2/3) de capacidad de trabajo, reconocida por la Compañía Aseguradora utilizando los criterios establecidos para el Sistema Privado de Pensiones. Periodo de carencia: Ningún beneficio será pagado si la enfermedad es diagnosticada dentro de los seis (6) primeros meses desde el inicio de vigencia de esta cobertura.	

(*) Incluye una pensión para gastos de útiles y matrícula.

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS DE VIDA, INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

No se cubre el fallecimiento o invalidez del Asegurado que se produzca como consecuencia de:

- a) Enfermedad grave y/o crónica preexistente.
- b) Suicidio o daños autoinfligidos.
- c) Accidentes aéreos, excepto como pasajero de vuelo comercial sobre ruta sujeta a itinerario regular.
- d) Participación en deportes notoriamente peligrosos como: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas (como piloto o acompañante).
- f) SIDA/HIV.
- g) Estado etílico o uso de drogas y/o estupefacientes.
- h) La participación del asegurado en actos temerarios o actividades notoriamente peligrosas, que ponen en grave peligro su vida e integridad física.

Adicionalmente, se excluye la invalidez total y permanente por accidente a consecuencia de menoscabos físicos preexistentes o "accidentes médicos" tales como apoplejía, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos u análogos.

Importante:

- PACIFICO VIDA entregará al Contratante el correspondiente Certificado de Seguro, dentro de los 15 días calendario desde la fecha de recepción de la solicitud presentada por el asegurado, si no media rechazo previo de la solicitud.
- El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro de la Compañía, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.
- La Compañía es la única y exclusiva responsable por el cumplimiento del íntegro de las estipulaciones contenidas en la Póliza.

**EMPRESA DE SEGUROS:
EL PACÍFICO VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y
REASEGUROS**

Juan de Arona 830, piso 5, San Isidro, Lima
RUC: 20332970411
T: 518-4500 / F: 518-4569