

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, copagos, ni conceptos similares a cargo del Asegurado; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 6 del presente Certificado.

6. COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS Y EXCLUSIONES:

Cobertura Principal	Suma Asegurada
Vida (Muerte Natural o Accidental)	Pensión Escolar Mensual Plan A: «Moneda»«XXX.XX» Plan B: «Moneda»«XXX.XX» La Suma Asegurada se establece sobre la base del periodo de educación que le falte completar al alumno favorecido; es decir, la Pensión Escolar Mensual según el plan elegido multiplicada por el periodo que, al momento del siniestro cubierto, le(s) falte(n) a el(los) alumno(s) favorecido(s) para la culminación regular de sus estudios. El pago de la suma asegurada se realizará en cuotas anuales según lo indicado en el presente acápite.
Coberturas Adicionales	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	En caso de muerte accidental, se extenderá el beneficio de pensión escolar mensual luego de la culminación de estudios escolares y hasta un máximo de cinco (5) años adicionales, siempre que el alumno beneficiario acredite su ingreso y permanencia en una institución de educación superior. El pago de la referida extensión se realizará en cuotas anuales según lo indicado en el presente acápite.
Hospitalización	La suma asegurada será equivalente a la pensión escolar mensual del plan elegido por el Asegurado, por cada alumno favorecido, hasta un periodo máximo de tres (3) meses por año póliza.
Desamparo Familiar Súbito	Plan A: «Moneda»«XX,XXX.XX» Plan B: «Moneda»«XX,XXX.XX»

PLAN ELEGIDO: «XXXXXXXXXXXX»

Forma de Pago de la Pensión Escolar Mensual:

La Compañía pagará al beneficiario la pensión escolar mensual del plan elegido por el Asegurado, por cada alumno favorecido, multiplicada por el periodo que, al momento del siniestro cubierto, le(s) falte(n) a el(los) alumno(s) favorecido(s) para la culminación regular de sus estudios. La Compañía pagará el monto de pensión que corresponda al plan elegido, aún cuando la pensión del alumno favorecido sea menor o mayor.

El beneficio que se pagará por el año escolar considerando once (11) mensualidades anuales (diez (10) por **mensualidad escolar** y una (1) mensualidad adicional **por matrícula y útiles**). Los estudios regulares consideran un periodo máximo de once (11) años de estudios. El periodo de cobertura no se ampliará en caso que el(los) alumno(s) favorecido(s) repitiera(n) el año escolar.

El pago de las once (11) pensiones por año se realizará en un solo acto, dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la constancia de matrícula respectiva, salvo el año de ocurrencia del siniestro, en el que se pagarán las pensiones mensuales que, al momento del siniestro cubierto, resten para completar el año escolar, luego de aceptada la cobertura y dentro de los treinta (30) días siguientes de presentada la documentación completa exigida por la Compañía.

Forma de Pago de la Extensión de pensión escolar mensual en caso de fallecimiento accidental:

El beneficio anual para esta extensión será equivalente a diez (10) veces el monto indicado como pensión escolar mensual. El pago de las diez (10) pensiones por año se realizará en un solo acto, dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la constancia de matrícula respectiva, salvo el año de ocurrencia del siniestro, en el que se pagarán las pensiones mensuales que resten para completar el año académico, luego de aceptada la cobertura y dentro de los treinta (30) días siguientes de presentada la documentación completa exigida por la Compañía.

EXCLUSIONES:

El presente seguro no cubre el fallecimiento, la invalidez o la hospitalización que se produjera como consecuencia de: (a) Enfermedades o dolencias preexistentes al momento de presentar la solicitud de seguro. (b) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que la afiliación a la póliza

haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años. (c) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario. (d) Participación del Asegurado en acto delictuoso o tipificado como delito, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte. (e) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra. (f) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. (g) La participación en los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo y artes marciales; la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en los siguientes deportes de velocidad: carreras de caballos o carreras de vehículos terrestres, marítimos o aéreos, motorizados o no. (h) SIDA/VIH. (i) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas. (j) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos – litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo su deceso.

Además, en el caso de hospitalización, este seguro no otorgará cobertura cuando la hospitalización del Asegurado se produzca por o a consecuencia de: (i) curas de reposo; (ii) cirugías estéticas no reconstructivas; u, (iii) hospitalización por enfermedades preexistentes al momento de solicitar la incorporación al seguro.

DEFINICIONES:

- **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, accidente cerebro vascular, dolores de espalda crónicos, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**
- **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.
- **Muerte Accidental:** Fallecimiento inmediato del Asegurado por causas que cumplen la condición de accidente definida en la presente póliza. **Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente.**
- **Muerte Natural:** Fallecimiento del Asegurado por causas no accidentales.
- **Hospitalización:** Hospitalización del Asegurado por un periodo ininterrumpido de más de quince (15) días. Para efectos de este seguro se pagará una pensión mensual por cada mes o fracción de mes contado a partir del día dieciséis (16) de hospitalización ininterrumpida, hasta un máximo de tres pensiones mensuales aseguradas.
- **Invalidez Total y Permanente:** Para efectos de la presente póliza únicamente se considera que el Asegurado presenta invalidez total y permanente en los siguientes supuestos: (a) Paraplejía o Cuadriplejía por fractura de la columna vertebral; y, (b) Pérdida total o funcional absoluta de: (i) la visión de ambos ojos; (ii) ambos brazos o ambas manos; (iii) ambas piernas o ambos pies; y, (iv) una mano y un pie.
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

7. RENOVACIÓN Y CAMBIOS AL SEGURO:

La póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado tiene una vigencia anual renovable automáticamente en las mismas condiciones, salvo que la Compañía comunique las modificaciones por escrito con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. En dicha comunicación, la Compañía detallará las modificaciones en caracteres destacados. **El Contratante tendrá un plazo de 30 días previos al vencimiento de la vigencia**

anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía. Para estos efectos, la Compañía proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en la póliza de conformidad al párrafo precedente.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la cobertura se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia anual correspondiente de la presente póliza. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática de la póliza.

En caso no proceda la renovación automática de la presente póliza debido a que (i) alguna de las partes manifestó su decisión de no renovarla; o, (ii) se rechazó la propuesta de modificación enviada por la Compañía; el Contratante deberá comunicar a los Asegurados que la póliza no será renovada y que las coberturas se extinguirán al término de la vigencia anual correspondiente.

Queda expresamente acordado que durante cada periodo de vigencia anual de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

En caso la Compañía y el Contratante acuerden modificar las condiciones de la póliza, la Compañía proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que hayan sido incorporadas a la póliza.

8. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

El seguro se resolverá por solicitud escrita del Contratante sin expresión de causa y se extinguirá al finalizar el periodo de vigencia anual de la póliza o de sus renovaciones en caso cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla. Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados.

Adicionalmente, este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado: (i) Por el ejercicio del derecho de arrepentimiento; (ii) Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión del Certificado efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable; (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver el Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con 30 días calendario de anticipación; (iv) Por solicitud de desafiliación del Asegurado, la cual podrá efectuarse en cualquier momento y sin expresión de causa; (v) Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta.

Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado: (i) Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en el presente seguro; (ii) Cuando el Asegurado supere la mayor de las Edades Límite aplicables a las coberturas del presente seguro; (iii) Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran 90 días calendario desde la fecha establecida para realizar el pago de la prima.

Salvo en caso de fallecimiento del Asegurado, como consecuencia de los supuestos de resolución o extinción antes listados, terminará la cobertura del Asegurado, perdiendo éste y sus respectivos beneficiarios todo derecho indemnizatorio bajo la presente póliza y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro. Se deja expresa constancia que, en caso se produzca algún supuesto de resolución o extinción; la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se solicita la resolución o se toma conocimiento de la extinción de la póliza.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el Certificado de Seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos: (i) Si, al momento de la incorporación al seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable; (ii) En caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, si se comprobare que el Asegurado superaba la "Edad Máxima de Ingreso" a la fecha de incorporación al seguro; (iii) En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro; y, (iv) Si al tiempo de la incorporación al seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los literales (ii), (iii) o (iv) precedentes, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, sin intereses y dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente. En

caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del seguro a título indemnizatorio.

9. PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA:

El beneficiario deberá informar por escrito al domicilio físico de la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en la cual tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

En caso de Muerte (Natural o Accidental)	En caso de Invalidez Total y Permanente	En caso de Hospitalización
<ol style="list-style-type: none"> 1. Partida o Acta de Defunción. 2. Certificado Médico de Defunción Completo. 3. Documento de Identidad del(de los) alumno(s) favorecidos. 4. Informe Médico Ampliatorio (formato de la Compañía). <p>En caso de fallecimiento accidental, además, deberá presentarse lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Protocolo de Necropsia completo, cuando corresponda. 6. Resultado del examen de dosaje etílico y del examen toxicológico, cuando corresponda. 7. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, según corresponda, salvo que razones procesales lo impidiesen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe médico en el que se indique la afectación y sus causas. 2. Documento de Identidad del(de los) alumno(s) favorecidos. 3. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, según corresponda, salvo que razones procesales lo impidiesen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe médico en el que se indique la afectación y sus causas. 2. Documento de Identidad del(de los) alumno(s) favorecidos. 3. Factura original de la hospitalización, en la que se consigne el periodo de la misma.

Dentro de los 30 días siguientes a la recepción de toda la documentación exigida o del Periodo de Observación, en caso de corresponder, la Compañía determinará si la solicitud de cobertura es procedente. En los primeros 20 días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir precisiones o aclaraciones respecto de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.

Ante el rechazo de la solicitud de cobertura, el Asegurado o sus beneficiarios podrán acudir a la Defensoría del Asegurado, al Indecopi o al Mecanismo de Solución de Controversias aplicable. Asimismo, podrán solicitar orientación en Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

10. CONSULTAS O RECLAMOS:

Para la atención de sus consultas o reclamos llamar a Banca por Teléfono «XXX-XXXX», o acudir a la Plataforma de Atención de cualquier Oficina del Contratante. Asimismo, puede comunicarse con la Central de Servicio al Asegurado de Pacífico Seguros 513-5000 o acercarse a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro. Asimismo, podrá acudir al Indecopi o a Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

11. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

En caso de discrepancia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado y/o los beneficiarios o herederos de éste último, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la validez, interpretación de los términos del presente contrato de seguro, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia y jurisdicción de los juzgados y tribunales del Estado Peruano.

12. COMPROMISOS Y AUTORIZACIONES:

1. Por el presente documento, el Asegurado se compromete a realizarse las pruebas o exámenes médicos requeridos y/o adicionales que solicite la Compañía, incluyendo las del VIH/SIDA de ser el caso y autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros y otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o salud, para que pueda brindar cualquier información solicitada por la Compañía.

2. La Compañía podrá notificar cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica proporcionada por el (los) Asegurado(s), la misma que constituye su domicilio contractual. El Asegurado se compromete a informar por escrito cualquier variación con por lo menos 15 días de anticipación; en caso contrario, se considerarán válidas para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas al último correo electrónico informado. Asimismo, las comunicaciones podrán ser realizadas personalmente y/o a través de una llamada telefónica o cualquier otro medio, siendo válidas, en tanto la Compañía mantenga una constancia del envío de las mismas (cargo, grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación); salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación deba ser escrita.

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro a la Compañía, la que le será proporcionada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio. El modelo de la póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado de Seguro se encuentra inscrito en el Registro de Pólizas de la SBS y se puede acceder a éste ingresando al "Portal del Usuario" de la página de internet oficial de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (www.sbs.gob.pe) o a través de la página de internet oficial de la Compañía (www.pacificoseguros.com).

Derecho de Arrepentimiento: Dentro de los 15 días siguientes a la entrega del Certificado de Seguro, el Asegurado tendrá la facultad de resolver el referido Certificado sin expresión de causa, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida. Para estos efectos, el Asegurado deberá cursar una comunicación a la Compañía empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

Desafiliación del Seguro: el Asegurado, en cualquier momento y sin expresión de causa, podrá solicitar su desafiliación al seguro (resolución respecto de sus coberturas), quedando sin efecto las coberturas otorgadas a partir de las 23:59 horas del último día calendario del mes en el que se realice la respectiva solicitud y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza respecto del Asegurado solicitante. A efectos de verificar la identidad del Asegurado, junto con la solicitud de desafiliación se deberá adjuntar copia del DNI del Asegurado.

Certificado emitido el ____ de _____ de 20 ____.

**FUNCIONARIO
PACÍFICO SEGUROS**

**FUNCIONARIO
PACÍFICO SEGUROS**