

**SEGURO DE ACCIDENTES ESTUDIANTIL  
CONDICIONES PARTICULARES**

**Código SBS N° AE0446100084 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias**

**PÓLIZA:**

Nro. de Póliza: XXXXXXXX

Vigencia: XXXX

Desde las XXXX horas del día XX/XX/XX hasta las XXXX horas del día XX/XX/XX

Corredor: XXXXXXXX

Registro: XXXXXXXX

**CONTRATANTE:**

Nombres y Apellidos / Razón Social: XXXXXXXX

DNI / RUC: XXXXXXXX

Domicilio: XXXXXXXX

Correo Electrónico: XXXXXXXX

**ASEGURADO:**

Nombres y Apellidos: XXXXXXXX

DNI: XXXXXXXX

Edad:

Ocupación:

Domicilio: XXXXXXXX

Correo Electrónico:

**BENEFICIARIO (para la cobertura de muerte accidental:**

Nombres y Apellidos	Porcentaje (%)
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:**

TIPO DE MONEDA: XXXXXXXX

Coberturas (según sean contratadas)	Sumas Aseguradas
Muerte Accidental - Básica	XXXXX
Invalidez Permanente por accidente	XXXXX
Gastos de curación por accidente	XXXXX
Gastos de Sepelio por accidente	XXXXX

En caso de tener contratada la Cláusula Adicional de Cobertura Especial de Enfermedades, se cubrirán las siguientes:

XXXX

XXXX

**INFORMACIÓN DEL PAGO DE LA PRIMA:**

Prima Comercial	XXXXXXX
Prima Comercial + IGV	XXXXXXX

Forma de Pago: XXXXXXXX

TCEA: XX% (en caso de prima fraccionada)

**La prima comercial incluye:**

Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores: XXXX (si fuera el caso)

Cargos de agenciamiento por la intermediación de comercializadores: XXXX (si fuera el caso)

**Medios de Comunicación pactados: escritas (correo electrónico y físicas)**

**CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:**

Edad Mínima para ingresar al seguro: XX años

Edad Máxima para ingresar al seguro: XX años y 364 días

Edad Máxima de permanencia en el seguro: XX años y 364 días

Renovación: XXXXXXXXXXXX

Deducible: A cargo del Asegurado

Inicio de la cobertura: La cobertura del seguro se inicia con la aceptación de la Solicitud del Seguro por parte de la compañía, luego de vencido el plazo de carencia.

**CLAUSULAS ADICIONALES:**

<b>Coberturas</b>	<b>Sumas Aseguradas</b>
XXXXX	XXXXX
XXXXX	XXXXX
XXXXX	XXXXX

**DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros. RUC 20332970411. Dirección Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima. Teléfono: 01 518-4000 Fax: 01 518-4245, 01 518 4299. Web: [www.pacificoseguros.com](http://www.pacificoseguros.com)

Para información adicional de las condiciones puedes comunicarte al 513-5000.

**ANEXO XXXX  
RELACION DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS  
(AFILIADOS A LA RED DE PROVEEDORES DE PACIFICO SEGUROS)**

XXXX  
XXXX  
XXXX