

CERTIFICADO DE SEGURO N°: «XXXXXXXX»**SEGURO GRUPAL "RENTA ESTUDIANTIL"**

Póliza Grupal N°: «XXXXXXXX» (Código SBS N°: VI2007200123)

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante la "Compañía", con R.U.C. N° 20332970411, con dirección física en la Av. Juan de Arona 830, piso 5, San Isidro, teléfono 518-4500, fax 518-4569 y dirección electrónica en servicioalcliente@pacificovida.com.pe, certifica que la(s) persona(s) indicada(s) en el presente certificado se encuentra(n) asegurada(s) bajo la indicada Póliza de Seguro de Vida en Grupo.

1. DATOS DEL ASEGURADO 1 (Padre, Madre o Tutor del Alumno)

Nombres y Apellidos Completos:			
Documento de Identidad:		Fecha de Nacimiento:	
Domicilio	Dirección Electrónica:		
Contractual:	Dirección Física:		
Relación o parentesco con el Alumno:			

2. DATOS DEL ASEGURADO 2 (Cónyuge del Asegurado 1)

Nombres y Apellidos Completos:			
Documento de Identidad:		Fecha de Nacimiento:	
Domicilio	Dirección Electrónica:		
Contractual:	Dirección Física:		
Relación o parentesco con el Alumno:			

3. DATOS DE (DE LOS) ALUMNOS BENEFICIARIOS:

	Nombres y Apellidos del Alumno	DNI	Fecha de Nac.	Año	Sección
01					
02					
03					
04					
05					

El seguro se toma en beneficio del (de los) alumno(s) antes indicado(s); sin embargo, la Suma Asegurada será pagada directamente al Contratante (Institución Educativa) señalada en el presente documento.

4. DATOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA (CONTRATANTE):

Razón Social:			
R.U.C. N°:		Teléfono:	
Domicilio	Dirección Electrónica:		
Contractual:	Dirección Física:		

5. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

Fecha de Inicio: 00:00 horas del «dd/mm/aaaa»	Fecha de Fin: 23:59 horas del «dd/mm/aaaa»
--	---

La cobertura se mantendrá vigente **por un año calendario** (hasta la fecha de matrícula del año siguiente) siempre y cuando concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente la póliza correspondiente; (ii) la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago; (iii) el Asegurado no supere las edades límites establecidas en las Condiciones Particulares; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro establecidos en el acápite 9 del presente Certificado.

6. PRIMA COMERCIAL:

«Moneda» «XXX.XX» por cada Alumno Beneficiario y por cada Propuesto Asegurado. La prima incluye las comisiones por comercialización del seguro. La prima única no incluye IGV. En la actualidad, las pólizas de vida están inafectas de IGV cuando el comprobante de pago es emitido a nombre de una persona natural residente en el Perú. La prima se cobrará en de forma conjunta con la pensión académica del (de los) alumno(s) asegurado(s). La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el contrato de seguros por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato del Seguro. En todo caso, transcurridos noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, copagos, ni conceptos similares a cargo del Asegurado; salvo aquellos expresamente indicados en el acápite 7 del presente Certificado.

7. COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS Y EDADES LÍMITES:		
COBERTURAS	CONDICIONES	EXCLUSIONES
Vida (Muerte Natural y Muerte Accidental)	Cobertura básica. Cubre el fallecimiento del Asegurado por causas naturales o accidentales.	a) Enfermedades o dolencias preexistentes a la afiliación, salvo que el Asegurado haya solicitado y mantenido la cobertura del seguro de manera ininterrumpida por 03 periodos anuales completos consecutivos. b) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que la afiliación al seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años. c) Accidentes aéreos, excepto como pasajero de vuelo comercial sobre ruta sujeta a itinerario regular. d) Participación activa en acto delictuoso o tipificado como delito, e) Guerra declarada o no, actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole; actos de guerrilla, rebelión, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular. f) Práctica o participación en los siguientes deportes: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas, como piloto o acompañante. g) SIDA/VIH. h) Estado etílico, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos – litro, o uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes; salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo. i) La participación del Asegurado en actos temerarios, entendidos como aquellos actos o actividades que pongan notoriamente en peligro su vida e integridad física. Adicionalmente, se excluye la invalidez total y permanente por accidente a consecuencia de los denominados “Accidentes Médicos”, como los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Cobertura adicional. Para los efectos de esta cobertura, <u>únicamente se considera invalidez</u> : a) Paraplejia o Cuadriplejia por fractura de la columna vertebral; b) descerebramiento que impida realizar trabajo alguno por el resto de su vida, c) pérdida total o funcional absoluta de: (i) la visión de ambos ojos, (ii) ambos brazos o ambas manos; (iii) ambas piernas o ambos pies; (iv) una mano y un pie.	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Cobertura adicional. Disminución física o intelectual, continua e ininterrumpida <u>durante más de 6 meses</u> (Periodo de Observación), igual o superior a los 2/3 de su capacidad de trabajo, reconocida por la Compañía utilizando los criterios establecidos para el Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. <u>Periodo de carencia</u> : 6 meses contados a partir del desembolso del crédito. Se cubrirá la invalidez a causa de una enfermedad diagnosticada con posterioridad a los 6 meses de inicio de vigencia de la cobertura del seguro.	

SUMA ASEGURADA: Pensión Mensual Asegurada de «Moneda» «XXXX.XX»

La Suma Asegurada se establece sobre la base del periodo de educación que le falte completar al alumno en la Institución Educativa (Contratante) a la fecha del siniestro, siendo el beneficio por cada año de estudio de «XX» pensiones mensuales asegurables más «XX» pensión mensual adicional por concepto de matrícula. Las pensiones mensuales aseguradas serán pagadas directamente al Contratante en forma anual adelantada, previa presentación de la constancia de matrícula del alumno en la misma institución educativa.

	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Para los Padres:	«XX» años de edad.	«XX» años de edad.
Para los Tutores:	«XX» años de edad.	«XX» años de edad.

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.

- **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.

8. 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 al Contratante las modificaciones con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia anual correspondiente. No obstante ello, las modificaciones no serán aplicables al periodo de vigencia anual al cual se afilió el(los) Asegurado(s) consignados en el presente documento.

Dentro de los 30 días calendario siguientes al término de la vigencia anual de la cobertura otorgada, el(los) Asegurado(s) podrá(n) solicitar nuevamente su afiliación al seguro, manteniendo la continuidad del mismo, en las condiciones que estuvieran vigentes a la fecha de la renovación de la póliza. La Compañía se reserva el derecho de evaluar las condiciones de asegurabilidad en cada oportunidad que se suscriba una Solicitud de Seguro.

9. 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 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.

10. 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:

Muerte Natural	Muerte Accidental	Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
----------------	-------------------	---

(1) Partida de defunción o acta de defunción. (2) Certificado médico de defunción completo. (3) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (4) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (5) Estado de cuenta de la pensión.	(1) Partida de defunción o acta de defunción. (2) Certificado médico de defunción completo. (3) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (4) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (6) Estado de cuenta de la pensión. (7) Protocolo de Necropsia Completo, cuando corresponda. (8) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, según corresponda. (9) Resultado del examen de dosaje etílico, cuando corresponda. (10) Resultado del examen toxicológico, cuando corresponda.	(1) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (COMAFP o COMEC), que indique el porcentaje de invalidez según las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP. (2) Historia Clínica completa, foliada y fedateada. (3) Estado de cuenta de la pensión
---	--	--

Invalidez Total y Permanente por Accidente

(1) Un Informe médico que establezca el diagnóstico final o la condición médica del Asegurado adjuntando los exámenes o evaluaciones médicas que se hubieran practicado al Asegurado. (2) Informe o Atestado policial o Carpeta Fiscal vinculada al accidente, de corresponder. A falta del mismo, documentos que demuestren las circunstancias en que se produjo el accidente que ocasiona la invalidez total y permanente del Asegurado. (3) Estado de cuenta de la pensión.

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 documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales para precisar o aclarar el contenido 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.

11.RELACIÓN DE CLÁUSULAS ADICIONALES:

Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

12.CONULTAS 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.

13.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.

14.COMPROMISOS Y AUTORIZACIONES:

1. En caso de siniestro, 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 (carga, 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 sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. 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 día 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