

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN
SEGURO GRUPAL "RENTA ESTUDIANTIL"**

Póliza Grupal N°: «XXXXXXX»

Código SBS N°: VI2007200123

PACÍFICO SEGUROS

R.U.C. N° 20332970411

Teléfono 513-5000

Av. Juan de Arona N° 830, Piso 5, San Isidro

Complete y firme la presente Solicitud de Afiliación sin correcciones o enmendaduras. Toda la información solicitada es relevante para la evaluación y afiliación del Asegurado.

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

Nombres y Apellidos Completos: _____

Tipo de Documento: D.N.I. ☐ C.E. ☐ Pasaporte ☐ N° | | | | | | | | | | | | | | | |

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad: ☐ Peruana ☐ Otra: _____

Parentesco / Relación con el Alumno: _____

Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____

Domicilio Contractual: El domicilio contractual será, indistintamente la dirección física y/o la dirección electrónica (cuenta de correo electrónico) que se señalan a continuación:

Dirección física: _____

Dirección electrónica (correo electrónico): _____ @ _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

2. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO 2 (Cónyuge del Propuesto Asegurado 1):

Nombres y Apellidos Completos: _____

Tipo de Documento: D.N.I. ☐ C.E. ☐ Pasaporte ☐ N° | | | | | | | | | | | | | | | |

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad: ☐ Peruana ☐ Otra: _____

Parentesco / Relación con el Alumno: _____

Ocupación: _____ Centro de Trabajo: _____

Domicilio Contractual: El domicilio contractual será, indistintamente la dirección física y/o la dirección electrónica (cuenta de correo electrónico) que se señalan a continuación:

Dirección física: _____

Dirección electrónica (correo electrónico): _____ @ _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

El pago de la prima comercial se realizará por cada Propuesto Asegurado.

3. DATOS 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.

El pago de la prima comercial se realizará por cada alumno beneficiario incluido en el seguro.

4. DATOS DEL CONTRATANTE (INSTITUCIÓN EDUCATIVA):

Razón Social: _____ R.U.C. Nro. | | | | | | | | | | | | | | | |

Dirección Física: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

5. COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS Y EDADES LÍMITES:

Coberturas	Suma Asegurada
Vida (Muerte Natural o Accidental)	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 <u>forma anual adelantada</u> , previa presentación de la constancia de matrícula del alumno en la misma institución educativa.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad (*)	

(*) La cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad cuenta con un Periodo de Carencia de «**XX**» meses a partir del inicio de la cobertura.

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

Una vez superada la Edad Máxima de Permanencia terminará la cobertura del Asegurado.

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 por aquellos expresamente indicados en el acápite 5 de la presente Solicitud.

7. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

La cobertura otorgada a cada Asegurado empezará a las cero horas de la fecha indicada en el Certificado de Seguro correspondiente como "Fecha de Inicio"; y, 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 indicadas en el acápite 5 del presente documento; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro establecidos en la Cláusula Décimo Novena de las Condiciones Generales de la póliza: titulada "Terminación de la Cobertura".

8. DECLARACIONES DEL ASEGURADO:

- Declaro que las respuestas dadas a la presente solicitud están hechas bajo declaración jurada, son verídicas y completas, y es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad de circunstancias relevantes o declaración inexacta, dolosa o mediando culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato de seguro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguros. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable, la Compañía podrá informarme la revisión del seguro; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la Compañía a resolver el seguro.
- Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por la **PACÍFICO SEGUROS** (la Compañía) está disponible al público en la página web de la Compañía (www.pacificoseguros.com) y en el "Portal del Usuario" de la página web de la

SBS:(www.sbs.gob.pe) bajo Código SBS N° VI2007200123. En particular declaro conocer que los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de vida en grupo temporal.

- 3. Principales Exclusiones aplicables a todas las coberturas:** (a) Enfermedad preexistente, salvo que se haya solicitado y mantenido la cobertura de manera ininterrumpida por 03 periodos anuales completos consecutivos. (b) Suicidio o lesiones auto inferidas o inferidas por terceros con consentimiento, salvo que la afiliación se haya mantenido ininterrumpidamente durante 02 años. (c) Viaje o vuelo en vehículo de aerolínea no autorizada para el transporte comercial de pasajeros o fuera de una ruta regular o de itinerario fijo. (d) Participación en acto delictuoso o en actos de guerrilla, rebelión o huelga como sujeto activo. (e) Guerra. (f) actividad y/o servicio militar o policial. (g) Participación en inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo y artes marciales; o, en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en los siguientes deportes de velocidad: carreras de automóviles, lanchas, motocicletas y/o carreras de caballo. (h) SIDA/VIH. (i) Drogadicción o estado de ebriedad. (El detalle de las exclusiones figura en la póliza).
4. En caso de siniestro, me comprometo a realizar 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.
- 5. Solicito y autorizo a la Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de mi dirección electrónica, la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación con por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica informada a la Compañía. 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.**
- 6. Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):**

En Pacífico Seguros nos preocupamos por la protección y privacidad de los datos personales de nuestros usuarios. Por ello, garantizamos la absoluta confidencialidad de tus datos y empleamos altos estándares de seguridad.

Estamos legalmente autorizados a tratar la información necesaria (personal, financiera, de contacto -como el número de celular, teléfono o correo electrónico-, localización y biometría –como reconocimiento facial o huella digital-, entre otros) y de carácter obligatorio que tenga por finalidad preparar y/o ejecutar la relación contractual que mantenemos y que nos entregues para tales efectos en los documentos correspondientes, o aquella a la que accedamos de manera legítima a fin de actualizarla y completarla. Para garantizar la adecuada ejecución de nuestra relación contractual, es necesario que tu información se encuentre siempre actualizada. Por tanto, deberás mantener actualizada tu información, sin perjuicio que en cumplimiento del Principio de Calidad nosotros la actualicemos, validemos o complementemos a partir de fuentes legítimas públicas o privadas (incluyendo redes sociales) a las que podamos tener acceso en el curso regular de nuestras operaciones.

Las comunicaciones que te podremos remitir en el marco de la ejecución de la relación contractual y/o su preparación, pueden estar relacionadas a información sobre el uso de nuestros canales, consejos de seguridad en el uso de sus productos, acceso a los diferentes canales de atención, estados de cuenta, mantenimiento de la relación comercial, encuestas de satisfacción, entre otros. Asimismo, para dar cumplimiento a las obligaciones y/o requerimientos que se generen en virtud de las normas vigentes en el ordenamiento jurídico peruano y/o en normas internacionales que le sean aplicables, incluyendo, pero sin limitarse a las vinculadas al sistema de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y normas prudenciales, podremos dar tratamiento y eventualmente transferir su información a autoridades y terceros autorizados por ley.

De acuerdo con la Ley N.º 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N°003-2013-JUS, así como las normas que las modifican o sustituyen, te informamos

que tus datos personales serán almacenados en el banco de datos denominado “Usuarios” y que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo el número de registro RNPDP-PJP N.º774, de titularidad de Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., Calle Juan de Arona N° 830, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima. Pacífico Seguros conservará y tratará tu información mientras se mantenga nuestra relación contractual y luego de veinte (20) años de finalizada.

Para el tratamiento de tu información, Pacífico Seguros utilizará diversos encargados ubicados en el Perú y en el extranjero (respecto de los cuales se realizará una transferencia al país donde están ubicados). Esta información se encuentra también disponible en Lista Empresas Socios Comerciales (pacifico.com.pe) y podrás acceder a ella en cualquier momento.

Pacífico Seguros podrá modificar cualquier disposición contenida en la presente sección informativa, informándote con una anticipación mínima de 45 días calendario, a partir de los cuales la modificación surtirá efecto.

Puedes ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición dirigiéndote a nuestro sitio web: Política de privacidad | Transparencia - Pacífico Corporativo | Pacífico (pacifico.com.pe), o a través de nuestra Central de Información y Consultas al (01) 513 50 00 También podrás consultar nuestra Política de Privacidad en: Política de privacidad | Transparencia - Pacífico Corporativo | Pacífico (pacifico.com.pe)

Mediante la firma del presente documento, acepto afiliarme al seguro grupal “Renta Estudiantil” emitido por la Compañía y contratado por la Institución Educativa indicada en el presente documento. Dentro de los 15 días siguientes de presentada la solicitud de seguro y completada la información y/o requisitos adicionales, la Compañía entregará el Certificado de Seguro a través del domicilio contractual del Contratante. Para asegurar la integridad y autenticidad del Certificado, en caso la entrega se realice a través de correo electrónico, este contará con la firma electrónica del representante de la Compañía y será enviada con copia a una entidad Certificadora, en un archivo PDF encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad..

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro a la Entidad Financiera o 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.

Derecho de Arrepentimiento: Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la Solicitud-Certificado, el Asegurado tendrá la facultad de resolver el referido documento 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.

Lima, ____ de _____ de 20____.

Firma del Propuesto Asegurado 1

Firma del Propuesto Asegurado 2