

6. VIGENCIA DE LA COBERTURA:

COBERTURAS	CONDICIONES	EXCLUSIONES
Invalidez Total y Permanente por Accidente.	Cobertura adicional. Para los efectos de esta cobertura, únicamente se considera invalidez: 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.	<p>b) Suicidio o 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.</p> <p>c) Accidentes aéreos, excepto como pasajero de vuelo comercial sobre ruta sujeta a itinerario</p> <p>d) Participación activa en acto delictuoso o tipificado como delito</p> <p>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.</p> <p>f) Práctica o participación en los siguientes deportes: delta; paracaidismo; carreras inmersión submarina; montañismo; ala de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas, como piloto o acompañante.</p> <p>g) VIH/SIDA.</p> <p>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.</p> <p>i) La participación del Asegurado en actos temerarios, entendidos como aquellos actos o actividades que pongan notoriamente en peligro su vida e integridad física.</p>
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.	Cobertura adicional. Disminución física o intelectual, continua e ininterrumpida durante más de 6 meses (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. Periodo de carencia: seis (6) meses contados a partir del desembolso del crédito. Se cubrirá la invalidez a causa de una enfermedad diagnosticada con posterioridad a los seis (6) meses de inicio de vigencia de la cobertura del seguro.	
Hospitalización del padre o tutor	En caso el Asegurado se encuentre hospitalizado por más de 30 días consecutivos, Pacifico Vida pagará hasta un máximo de 3 boletas del ciclo en curso que venzan luego del internamiento (una boleta cada 30 días).	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.

SUMA ASEGURADA: Pensión Mensual Asegurada: se indica en la póliza.

La Suma Asegurada se establece sobre la base del periodo de educación que le falta completar al alumno en la Institución Educativa (Contratante) a la fecha del siniestro, siendo el beneficio por cada año de estudio de 10 pensiones mensuales asegurables más 01 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.

CONDICIONES DE ACCESO

Límites de edad para el seguro	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Para los padres	75 años de edad	80 años de edad
Para los tutores	70 años de edad	75 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 losexámenes correspondientes. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, accidente cerebrovascular, 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 de 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, 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 documento 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 cuarenta y cinco (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) consignado(s) en el presente documento. Dentro de los treinta (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 acceso en cada oportunidad que se suscriba una Solicitud de Seguro.

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 de la Solicitud-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 la Solicitud-Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con treinta (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 este 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.

Sedeja 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. Para estos efectos, el Asegurado deberá solicitar por escrito ante la Compañía la devolución correspondiente. En caso la resolución sea efectuada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte del Asegurado, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de resolución. Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el presente documento 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. 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:

Muerte Natural	Muerte Accidental	Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
<ul style="list-style-type: none"> (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. 	<ul style="list-style-type: none"> (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. (6) Protocolo de Necropsia Completo, cuando corresponda. (7) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, según corresponda. (8) Resultado del examen de dosaje etílico, cuando corresponda. (9) Resultado del examen toxicológico, cuando corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> (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.

- Reporte de créditos por carrera total
- Reporte de créditos aprobados total
- Récord de créditos matriculados en el ciclo del siniestro
- Costo del crédito
- Boletas que se devengaron a partir de la fecha del siniestro

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 treinta (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 veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculados al siniestro, que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar 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 al Defensor 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. RELACIÓN DE CLÁUSULAS ADICIONALES:

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

11. CONSULTAS O RECLAMOS:

Para la atención de sus consultas o reclamos llamar a Banca por Teléfono al 513-5000 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 al 513-5000 o acercarse a las oficinas de "Atención al Cliente" ubicadas en Av. Juan de Arona 830, San Isidro. Adicionalmente, podrá acudir al Indecopi o a Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

12. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

En caso de discrepancia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado y/o los Beneficiarios o herederos de este último, si los hubiere, que surgiera como consecuencia de la validez y/o 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.

13. DECLARACIONES DEL(DE LOS) ASEGURADO(S):

1. 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.
2. Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro y conocer que el modelo de la póliza emitido por **PACÍFICO SEGUROS** (la Compañía) está disponible al público en la página web de la Compañía (www.pacifico.com.pe) 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 educación, 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) 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 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) VIH/SIDA. (i) 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.
4. (j) **La participación del Asegurado en actos temerarios, entendidos como aquellos actos o actividades que pongan notoriamente en peligro su vida e integridad física.** Por la presente, me comprometo a realizar las pruebas o exámenes médicos requeridos y/o adicionales que solicita la Compañía, incluyendo las del VIH/SIDA de este 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. 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 (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.
Consentimiento (Ley 29733 - Protección de datos personales):
6.1. Por la presente cláusula PACÍFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO que,
6. de acuerdo a la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo

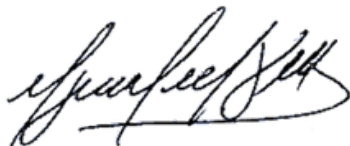
N° 003-2013-JUS y las demás disposiciones complementarias, PACÍFICO SEGUROS está legalmente autorizado para tratar la información que EL CONTRATANTE entregue al momento de contratar la Póliza (en adelante la "Información"), con la finalidad de ejecutar la relación contractual que origina este contrato. Asimismo, PACÍFICO SEGUROS informa a EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO que 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, PACÍFICO SEGUROS podrá dar tratamiento y eventualmente transferir su Información a autoridades y terceros autorizados por ley. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO reconoce que estarán incluidos dentro de su Información todos aquellos datos, operaciones y referencias a los que PACÍFICO SEGUROS pudiera acceder en el curso normal de sus operaciones, ya sea por haber sido proporcionados por EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO o por terceros o por haber sido desarrollados por PACÍFICO SEGUROS, tanto en forma física, oral o electrónica y que pudieran calificar como "Datos Personales" conforme a la legislación de la materia. En virtud de lo señalado, EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza expresamente a PACÍFICO SEGUROS a incorporar su Información al banco de datos personales de usuarios de responsabilidad de PACÍFICO SEGUROS, para que esta pueda almacenar, dar tratamiento, procesar y transferir su Información a sus subsidiarias, afiliadas y socios comerciales listados en la página web de PACÍFICO SEGUROS www.pacifico.com.pe (las "Terceras Empresas") conforme a los procedimientos que PACÍFICO SEGUROS determine en el marco de sus operaciones habituales, para efectos de los fines señalados en los párrafos anteriores.

6.2. Asimismo, EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza a PACÍFICO SEGUROS a utilizar su Información a efectos de: (i) ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquiera de los productos o servicios que PACÍFICO SEGUROS brinda, incluyendo pero sin estar limitado a seguros de riesgos generales (incluido SOAT), seguros de vida, de accidentes personales o de rentas vitalicias; (ii) ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquier otra Póliza, producto o servicio de PACÍFICO SEGUROS o de las Terceras Empresas; y (iii) transferirla a las Terceras Empresas a efectos de que cada una de ellas pueda ofrecerle sus productos o servicios, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático.

6.3. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO reconoce haber sido informado que su Información podrá ser conservada, tratada y transferida por PACÍFICO SEGUROS a las Terceras Empresas hasta diez años después de que finalice su relación contractual con PACÍFICO SEGUROS. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación siempre que cumpla con los requisitos exigidos por las normas aplicables, dirigiéndose a PACÍFICO SEGUROS de forma presencial en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público, a través de la página web de PACÍFICO SEGUROS www.pacifico.com.pe o por teléfono.

6.4. EL CONTRATANTE / ASEGURADO-CONTRATANTE / ASEGURADO se obliga a mantener permanentemente actualizada su Información durante la vigencia de este contrato, especialmente en cuanto se refiere a su nacionalidad, lugar de residencia, situación fiscal o composición accionaria de ser el caso. 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. La Compañía debe entregar los certificados de seguro dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber presentado la respectiva solicitud de seguro; **sin embargo, a la firma del presente documento, declaro haber recibido el Certificado de Seguro y la Solicitud en un solo formato.** El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza de seguro a la Institución Educativa o a la Compañía, la que le será proporcionada en un plazo máximo de quince (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 quince (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. 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, sin expresión de causa y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los empleados para la contratación, 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.



Miguel Ortiz de Zevallos G.V.
Gerente de División de Negocios Empresariales
Corredores Y Alianzas

Firma del Asegurado