

Solicitud de Seguro Pensión Escolar Plus

Información para ser llenada por la Aseguradora

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| Fecha de Solicitud | Fecha de Recepción |
| Intermediario | Fecha de Inicio de Vigencia |
| Hermes Corredores de Seguros | |

1. Datos del Primer Asegurado (Titular)

| | | | |
|-------------------------------------|------------------|---|-------------------------------------|
| Apellido paterno, materno y nombres | DNI / CE | Sexo | Fecha de Nacimiento |
| | | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | |
| Teléfono casa | Teléfono celular | Teléfono trabajo | E-mail |
| | | | |
| Dirección (Av / Ca, N°, Dpto / Of) | | | Distrito / Provincia / Departamento |
| | | | |

2. Datos del Segundo Asegurado (Cónyuge)

| | | | |
|-------------------------------------|----------|---|---------------------|
| Apellido paterno, materno y nombres | DNI / CE | Sexo | Fecha de Nacimiento |
| | | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | |

3. Alumnos Protegidos

| Apellido paterno, materno y nombres | Parentesco (*) | | | | Año | Nivel de Estudios | | | Centro de Estudios |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|-------------------|----------|------------|--------------------|
| | Hijo | Nieto | Hermano | Sobrino | | Inicial | Primario | Secundario | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |

Los Alumnos Protegidos no son beneficiarios de la póliza. En caso de fallecimiento del asegurado, el beneficiario será entregado exclusivamente al beneficiario. El monto del beneficio dependerá del número de Alumnos Protegidos indicados y del periodo que reste para terminar los estudios secundarios. (*) Sólo serán aceptados los hijos, nietos hermanos y sobrinos hasta 3er grado de consanguinidad.

7. Autorización de Débito Automático

| | | | | |
|--|--|--------------|---|-----|
| Apellidos y Nombre | DNI | | | |
| Dirección | | | | |
| Autorizo a InVita Seguros de Vida a cargar en mi cuenta abajo indicada la suma de | | | | |
| S/. | mensual <input type="checkbox"/> trimestral <input type="checkbox"/> semestral <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> | | | |
| Banco | Tipo de Cuenta | N° de Cuenta | Moneda | |
| | Cuenta Corriente en <input type="checkbox"/> Cuenta Ahorro en <input type="checkbox"/> Cuenta Maestra en <input type="checkbox"/> | | S/ <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/> | |
| Tarjeta de Crédito: | N° de Tarjeta | Vencimiento | Mes | Año |
| VISA <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Diners Club <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> | | | / | |

Según el Contrato de Seguro con InVita Seguros de Vida, he asumido la obligación de pagar la correspondiente prima de seguro de vida. En consecuencia, por medio del presente documento instruyo que se sirvan debitar en la periodicidad indicada, de mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito detallada el monto específico líneas arriba que corresponde a la prima de seguro que debo pagar. La presente autorización puede ser revocada sin expresión de causa por cualquier medio de fecha cierta.

| | |
|-------------------|----------------|
| Firma del Titular | Código Cliente |
| | |

