

4. Beneficiario
 Apellido paterno, materno y nombres Parentesco

El Beneficiario es la persona mayor de edad a la cual se le abonará el ingreso del beneficiario y será integralmente responsable del uso que se de a la pensión que pague la compañía en caso de fallecimiento del asegurado.

5. Elección del Plan

Plan	Número de Asegurados	Número de Alumnos Protegidos	Prima Total Mensual S/.
A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
			2 <input type="checkbox"/>
			3 <input type="checkbox"/>

6. Declaración Personal de Salud

Primer Asegurado (Titular)			Segundo Asegurado (Cónyuge)		
1. Estatura	mt.	Peso actual	kg.	Estatura	mt.
					Peso actual
			kg.		kg.

2. ¿Padece o ha padecido alguna de las afecciones o alguno de los trastornos siguientes?

a. Tuberculosis, neumonía, enfisema o síncopas.	a.	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
b. Lesión o debilidad del corazón e infartos.	b.	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
c. Epilepsia, parálisis o enfermedad mental.	c.	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
d. Enfermedad del bazo, hígado, riñones o páncreas.	d.	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
e. Úlcera, diabetes melitus, hepatitis B o meningitis.	e.	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
f. Sida o alguna enfermedad infecto contagiosa.	f.	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
g. Cáncer o tumores malignos.	g.	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
h. Hipertensión, problemas circulatorios, migrañas, parálisis.	h.	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>

3. ¿Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad grave a la que no se ha alludido directamente en este cuestionario? Especificar

4. ¿Realiza usted alguno de los siguientes deportes y/o actividades riesgosas: Andinismo, automovilismo, corredor de motocicletas, paracaidismo, parapente, ala delta, ultraligeros?

si no

5. ¿Ha querido o le han recomendado alguno de los servicios detallados a continuación?

a. Hospitalización para tratamiento médico o quirúrgico.	a.	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
b. Tratamiento: afloresciones de presión arterial, problemas circulatorios, migrañas, parálisis.	b.	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
c. Tratamiento por alcoholismo o adicción a los drogas.	c.	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>

Deben hacer juramento que las respuestas de la Declaración Personal de Salud brindadas son verdaderas y completas, confirmo que nada he omitido, omitido, distorsionado que ay por esterilidad de que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía de Seguros y que la declaración falsa y retenciones de no parte implica nulidad de la cobertura.

Firma del 1er Asegurado (Titular) Firma del 2do Asegurado (Cónyuge)

La presente solicitud será evaluada por la Compañía Aseguradora y de no medir rechazo a la solicitud, y ser aceptado el seguro, la póliza será emitida en el plazo de 15 días.

**RENDA ESTUDIANTIL,
 ASEGURE HOY LA EDUCACIÓN
 DE SUS HIJOS.**



EXCLUSIONES

- Este seguro no cubre el riesgo de muerte natural o accidental e invalidez del Asegurado si fuere causado por:
- a. Suicidio o intento de suicidio, o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.
 - b. Participación del Asegurado como autor o partícipe bajo cualquier forma o modalidad en un acto delictivo así como por las consecuencias posteriores que se pudieran derivar de dicha autoría o participación.
 - c. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, terrorismo o hechos que las leyes califican como delictos contra la seguridad interior del Estado, siempre y cuando en este último caso exista participación activa del Asegurado.
 - d. Prácticas de Deportes Riesgosos tales como: Artes Marciales que impliquen pleno contacto, automovilismo, inmersión submarina, motonáutica, montañismo, ala delta, aviación deportiva, parapente, paracaidismo, esquí (acuático y de nieve), Bungee Jumping (Parenting), carreras (de caballos, automóviles, motocicletas y bicicletas) y otros deportes notoriamente peligrosos.
 - e. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
 - f. Uso de drogas y/o Estupefacientes.
 - g. Los accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en situación de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor a 0,5 gr/lit. al momento del accidente. Para efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, se considerará que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0,15 gr/lit. por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional.
 - h. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero, en un vuelo regular operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
 - i. Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza. Se entiende enfermedad preexistente toda aquella enfermedad, lesión, condición o sintoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomó medicinas recetadas o recomendadas por un médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación: la enfermedad se manifiesta, o la enfermedad es diagnosticada por un médico, o un médico recomendó tratamiento para la enfermedad, o existe cualquier síntoma obvio como tumores, neoplasias, aneurismas, fibromas, quistes, deformaciones, entre otros, que si hubiese sido presentado a un médico hubiese resultado en el diagnóstico, o existe una lesión, condición congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro.
 - j. Sida / HIV.
- En el caso de Renda Hospitalaria, esta póliza no otorgará cobertura cuando la hospitalización del Asegurado se produzca por o a consecuencia de: (i) curas de reposo, (ii) cirugías estéticas, no reconstructivas, ni (iii) hospitalización por enfermedades preexistentes al momento de solicitar la incorporación al seguro; o preexistente al momento de reiniciar el pago del seguro cuando la cobertura quedó sin efecto por la falta de pago de primas y la Compañía Aseguradora acepta la rehabilitación de la póliza.
- La información consignada es a título parcial e informativa prevaleciendo las Condiciones de la Póliza.



seguros de vida y pensiones

LIMA
 Caravel | Miraflores 522
 Pao 10 San Pedro
 T 222 2222

AREQUIPA
 Calle Miraflores 225, 226
 T (054) 22 4972



Seguros

LIMA
 Calle Marco Segundo 2699
 Lince
 T 706 1212
www.hermesseguros.com.pe

Atención al Cliente
 Lunes a viernes de
 9:00 a 5:00 pm.

Servicio al Cliente 222 7777 | informes@invita.com.pe | www.invita.com.pe



**SEGURO PENSIÓN
 ESCOLAR PLUS**

La mejor manera de asegurar la continuidad de la educación de sus hijos.

→ **ASEGURE HOY LA EDUCACIÓN DE SU HIJO**
DESDE S/. 9.00 MENSUALES

→ **Seguro Pensión Escolar Plus**

Es un seguro que le permitirá a su hijo continuar con su educación en caso usted llegara a faltarle.

El Seguro asume el pago de las cuotas pendientes de cada año hasta que su hijo haya logrado culminar sus estudios. En caso que la causa del fallecimiento del contratante sea un accidente, el SEGURO PENSIÓN ESCOLAR PLUS le ofrece una cobertura adicional por 05 años para estudios superiores.

COBERTURAS Y PLANES				
		PLAN A S/.	PLAN B S/.	PLAN C S/.
MUERTE NATURAL E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	Muerte Natural	280	550	950
	Invalidez Total y Permanente	280	550	950
	Pago por Graduación Escolar	560	1,100	1,900
MUERTE ACCIDENTAL	Muerte Accidental	280	550	950
	Estudios Universitarios por Muerte Accidental del Padre o Tutor Asegurado	280	550	950
	Desamparo Familiar Súbito		45,000	
COBERTURAS ADICIONALES	Renta Hospitalaria	280	550	950
	Seguro de Desgravamen	280	550	950
PRIMAS MENSUALES	01 asegurado	9	17	28
	02 asegurados	16	30	50

→ **Definiciones**

Asegurado

Es la persona contratante del seguro sobre cuya vida la Compañía Aseguradora asume el riesgo y, en caso de su muerte, producirá la responsabilidad de indemnizar el Capital Asegurado a d(l)os Beneficiario(s), de acuerdo con los términos y condiciones pactados en la póliza.

Beneficiario

Es la persona declarada por el Asegurado como titular del derecho a cobrar el Capital Asegurado.

Alumno Protegido

Es el niño o adolescente por el cual se pagará la pensión y podrá ser el hijo, nieto, hermano o sobrino del Asegurado.

Muerte Natural o Accidental o Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente

En caso de fallecimiento natural o accidental o en caso de invalidez total y permanente por enfermedad o accidente del asegurado la Compañía pagará al beneficiario la pensión escolar mensual del plan elegido por el asegurado, por cada alumno favorecido, multiplicado por el periodo que les faltará a d(l)os alumno(s) favorecido(s) para la culminación regular de sus estudios escolares, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre excluida de cobertura.

Se considera diez pensiones escolares al año y una pensión adicional por concepto de matrícula.

Máximo 13 años (de Pre Kinder a 5to. de secundaria).

Las definiciones de Accidente y de Invalidez Total y Permanente se encontrarán detalladas en las Condiciones de la Póliza.

Renta para Estudios por Muerte Accidental

En caso el asegurado falleciera por causas accidentales cubiertas, la pensión escolar mensual podrá extenderse luego de la culminación de estudios escolares y hasta un máximo de cinco (05) años adicionales, siempre y cuando se compruebe el ingreso y permanencia de d(l)os alumno(s) protegido(s) en una institución de educación superior. El beneficio anual para esta extensión será equivalente a diez (10) veces el monto indicado como pensión escolar mensual.

El pago de las pensiones se realizará una vez al año.

Máximo 5 años.

El plazo para que se active esta cobertura una vez terminados los estudios escolares es de un (01) año.

Desamparo Familiar Súbito

Si como consecuencia de un mismo accidente fallece el Asegurado y su Cónyuge en un plazo máximo de quince (15) días contados desde la ocurrencia del primer fallecimiento, se entregará al beneficiario la suma de S/.45,000 como pago único.

Renta Hospitalaria por Accidente

En caso de hospitalización del asegurado por un periodo inintermitente de más de 15 días, la Compañía pagará al asegurado o beneficiario la pensión escolar del Plan elegido por el periodo que dure la hospitalización y hasta un periodo máximo de 3 meses.

Seguro de Desgravamen por Pensiones Adecuadas:

Si al momento del fallecimiento del Asegurado este mantuviera alguna deuda vencida con el centro educativo se pagará una pensión escolar adicional.

Pago por Graduación Escolar

Se pagarán los diez pensiones escolares adicionales para cubrir los gastos por concepto de graduación escolar.

→ **Requisitos**

- Edad mínima de ingreso al seguro, 18 años.
- Edad máxima de ingreso al seguro, 60 años.
- Edad máxima de permanencia en el seguro, 65 años.
- Máximo 3 alumnos favorecidos por asegurado (la prima es por alumno favorecido).

→ **Pago de Primas**

El pago de las primas se hará a través de cargo en cuenta bancaria o tarjeta de crédito, para lo cual deberá de completar y firmar una autorización.

→ **Periodicidad de Pago**

Usted podrá elegir la frecuencia de pago que más se adapte a sus necesidades, sin ningún tipo de recargo: Anual, semestral, trimestral o mensual.

Anualmente la póliza se renovará automáticamente.

→ **Inicio de Vigencia**

La póliza iniciará su vigencia a partir del 1er día calendario posterior al pago y emisión del certificado.

→ **Pago del Beneficio**

El pago de las pensiones se realizará en forma anual adelantada al inicio del año, salvo el año de ocurrencia del siniestro en el que se pagará las pensiones restantes para finalizar el año académico.

Se pagarán las pensiones desde Pre Kinder (o su equivalente) hasta 5to. de secundaria, con un máximo de 13 años, lo que ocurra primero.

→ **Afiliación**

Sírvase llenar la ficha adjunta y hacérsela llegar a las Oficinas de Hermes (Calle Manco Segundo 2699 – Lince), o InVita (Canaval y Moreyra 522 – piso 10 – San Isidro) o al Centro Educativo (en caso de contar con autorización).

→ **Informes**

Si Ud. desea mayor información sírvase llamar a A06 Hermes 706 – 1212, en el horario de Lunes a viernes de 08:00am – 05:00 pm, o visite nuestra Pagina Web: www.hermesseguros.com.pe <<http://www.hermesseguros.com.pe>> /productos, que gustosamente lo atenderemos.



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 F	
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 F	

3. Alumnos Protegidos

Apellido paterno, materno y nombres	Parentesco (*)				Año	Nivel de Estudios	Centro de Estudios
	Hijo	Nieto	Hermano	Sobrino			

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. (*) Solo 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	Nº de Cuenta	Moneda
	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Ahorro en <input type="checkbox"/> Cuenta Maestra en <input type="checkbox"/>		S/ US\$
Tarjeta de Crédito:	Nº de Tarjeta	Vencimiento	Mes Año
VISA <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Dinero Club <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/>			/
Firma del Titular	Código Cliente		

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 manifiesto que en buen estado y en plenitud de facultades, de mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito autorizo al personal específico InVita a cargo de la prima de seguro que debo pagar. La presente autorización puede ser revocada sin expresión de causa por cualquier medio de fecha cierta.

