

## CERTIFICADO DE SEGURO SEGURO ESTUDIANTE VIDA COLECTIVO

**PÓLIZA No.** \_\_\_\_\_ **Consentimiento-Certificado Individual No.** \_\_\_\_\_

**CONTRATANTE:** \_\_\_\_\_

Me adhiero a la solicitud de seguro para ser incluido como asegurado en la Póliza del Seguro Estudiante Vida Colectivo, para lo cual suministro los siguientes datos personales:

1. Nombres y Apellidos del Estudiante: \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_\_ 3. Edad del Estudiante: \_\_\_\_\_
4. Nombres y Apellidos del (padre, madre o tutor legal): \_\_\_\_\_
5. D.N.I (padre, madre o tutor legal) \_\_\_\_\_ 6. Estado Civil \_\_\_\_\_
7. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ 8. Edad: \_\_\_\_\_ años. 9. Sexo M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_
10. Ocupación \_\_\_\_\_ 11. Teléfono casa y oficina: \_\_\_\_\_
12. Dirección: \_\_\_\_\_
13. Municipio: \_\_\_\_\_ 14. Departamento \_\_\_\_\_
15. Fecha de ingreso al seguro \_\_\_\_\_
16. Facturar a: \_\_\_\_\_ 17. R.T.N.: \_\_\_\_\_
17. Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### PROGRAMA DE BENEFICIOS PARA EL ESTUDIANTE, PADRES O TUTOR LEGAL

ASEGURADO	COBERTURAS BASICAS	NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO	SUMA ASEGURADA	PRIMA ANUAL
	COBERTURAS APLICABLES A ESTUDIANTES			
	Reembolso de Gastos Médicos por Accidente			
	Renta Diaria Por Hospitalización por Accidente			
	COBERTURAS APLICABLES AL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL			
	Fallecimiento de Padre, Madre o Tutor Legal			
	Desmembramiento Y/O Pérdida de la Vista por Accidente o Tutor Legal			
	Incapacidad Total o Permanente por Accidente o Tutor Legal			

**ANEXOS- COBERTURAS ADICIONALES PARA EL ESTUDIANTE, PADRES O TUTOR LEGAL**

<b>ASEGURADO</b>	<b>COBERTURA OTORGADA</b>	<b>NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO</b>	<b>SUMA ASEGURADA</b>	<b>PRIMA ANUAL</b>
	Reembolso de Gastos Médicos del Estudiante por Enfermedad			
	Rehabilitación Psicológicas por Acoso Escolar			

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (padre, madre o tutor legal)**

<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>D.N.I</b>	<b>%</b>

En caso ocurriere el fallecimiento de algún beneficiario antes que el del (padre, madre o tutor legal), la parte correspondiente a dicho beneficiario se distribuirá entre los restantes.

DECLARACIÓN DE SALUD DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

- A. Padece alguna enfermedad actualmente NO  SÍ   
B. En los últimos doce meses ha estado bajo tratamiento médico NO  SÍ   
C. Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo NO  SÍ

En caso afirmativo de alguna de las preguntas anteriores, indique padecimiento, nombre y dirección del médico o la clase de incapacidad: \_\_\_\_\_

Declaro que me encuentro en buen estado de salud y que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer o SIDA. También declaro que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de paraplejia, cuadraplejia, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, hepatitis, cirrosis, apoplejía, vértigo o enfermedades mentales y reconozco que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, durante los dos primeros años de vigencia no tendré derecho a ningún beneficio descrito en el Programa de Beneficios, de este certificado, quedando como única obligación de la Compañía la devolución de primas.

Autorizo a los médicos y hospitales que me han atendido a suministrar a la Compañía los datos que posean de mi estado de salud. Seguros Banrural, S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se comprobare que esta declaración no corresponde a la verdad.

Seguros Banrural, S.A. pagará las sumas aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las condiciones generales de la póliza. El pago se hará a los beneficiarios designados por el asegurado después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en este certificado, siempre y cuando el seguro respectivo se encuentre en vigor. El incumplimiento en el pago de la prima convenida en los certificados o anexos que se emitan con fundamento en la póliza producirá la terminación automática del seguro. Se entenderá que existe incumplimiento del pago de la prima cuando transcurridos treinta (30) días de finalizado cada periodo mensual, trimestral o anual amparado, no hubiere sido pagada la prima de seguro correspondiente al siguiente periodo.

COMO ASEGURADO DE LA PÓLIZA COLECTIVA INDICADA ANTERIORMENTE AUTORIZO AL CONTRATANTE PARA QUE SE HAGA EL CARGO A MI CUENTA \_\_\_\_\_ O CUALQUIER OTRA CUENTA QUE POSEA CON FONDOS DISPONIBLES; POR EL IMPORTE DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

DEPÓSITOS MONETARIOS  DEPÓSITOS DE AHORRO  TARJETA DE CRÉDITO

Se firma el presente Certificado Individual en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre del Cuentahabiente o Tarjetahabiente (si es diferente al Asegurado): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Seguros Banrural, S. A.

\_\_\_\_\_  
Asegurado (Padre, Madre o Tutor Legal)

\_\_\_\_\_  
Cuentahabiente o tarjetahabiente

