CARTA DE COMPROMISO DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES MAYOR DE EDAD

FECHA

Considerando que la Ley Universitaria N.º 30220 en sus artículos 126 y 128 indica que, al momento de su matrícula, los estudiantes se inscriben en seguro del Sistema Integral de Salud (SIS) o con cualquier otro seguro que la universidad provea; yo,

identificado con tipo de documento DNI ☐ C. Ext. ☐ Pasaporte ☐ N.º
con fecha de nacimiento: ☐☐☐☐☐☐☐☐ y con código (ID) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐, me presento en la Oficina de Bienestar Universitario (ubicada en el Edificio K, semisótano) y declaro conocer las características y beneficios del Seguro de Accidentes Personales ofrecido por la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO), por lo que manifiesto que:

SÍ Deseo afiliarme al **Seguro de Accidentes Personales** que provee la universidad, el mismo que tiene vigencia desde el momento de registrar mi matrícula, hasta la culminación del semestre académico, por lo que me comprometo a cancelar el importe de S/ 22.50, conjuntamente con el pago de segunda cuota de la pensión.

NO No deseo afiliarme al Seguro de Accidentes Personales que provee la universidad, ya que actualmente cuento con el seguro de: _____
el cual está vigente desde el momento del registro de mi matrícula hasta la culminación del semestre académico. Asimismo, adjunto una constancia del documento que acredita contar con el seguro antes informado.

En caso hubiere optado por afiliarme al Seguro de Accidentes Personales que provee la universidad, manifiesto haber sido informado respecto al costo y cobertura del mismo, suscribiendo el presente documento en señal de conformidad y aceptación.

También tengo conocimiento y me comprometo a que, a partir del siguiente semestre académico y antes de registrar mi matrícula a través de la plataforma virtual de la universidad informaré:

1. Mi deseo de renovación del Seguro de Accidentes Personales que provee la universidad (*); o en su defecto,
2. Mi deseo de NO afiliarme, porque ya cuento con un seguro (el mismo que acreditaré en el plazo que fije la universidad).

*En caso de optar por la renovación del Seguro de Accidentes personales que provee la universidad manifiesto, previamente, informarme plenamente respecto al costo y cobertura del mismo.

_____
Firma del suscrito
Adjunto copia del documento de identidad

Oficina de Bienestar Universitario
044 604444 anexo 2416
sap@upao.edu.pe

UPAO
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO