

CARTA DE RESPONSABILIDAD SANITARIA

CONDICIONES Y PROCEDIMIENTOS QUE REGULAN LA MOVILIDAD ESTUDIANTIL DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA PARA LOS ALUMNOS REGULARES DE PREGRADO DE UNIVERSIDADES PERUANAS QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE MOVILIDAD NACIONAL

“VIAJA Y ESTUDIA POR EL QHAPAQ ÑAN: LA RUTA DEL SABER”

Yo, identificado(a) con DNI N°, estudiante del.....(ciclo) en la Escuela Profesional de en la Facultad de de la Universidad....., con código de estudiante N°, domiciliado(a) en (calle, avenida u otro).....N°..... interior..... distrito de, (código postal)..... provincia de, departamento de con teléfono fijo N°..... y teléfono celular N°,

DECLARO que, he presentado mi solicitud de postulación a la segunda convocatoria 2019 para el Programa de Movilidad Estudiantil Nacional “Viaja y estudia por el Qhapaq Ñan: la ruta del saber”, y habiendo sido seleccionado(a) para postular a una vacante de cobertura parcial como estudiante participante de dicho Programa en la Facultad de en la Universidad Ricardo Palma ubicada en la ciudad y departamento de Lima, en el semestre 2020-I, manifiesto mi conformidad con las condiciones y procedimientos, exigidos por la Universidad Ricardo Palma y que figuran a continuación.

Por lo expuesto, **ME COMPROMETO** ante la Universidad Ricardo Palma y sus autoridades a cumplir expresamente lo siguiente:

1. Fundamentar que cuento con un seguro de atención médica estatal (Seguro Social de Salud, Fondo de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas del Perú) o un seguro particular, (contratado con una Empresa Prestadora de Servicios - EPS o Seguro Privado de Salud), que incluya atención médica, de laboratorio y hospitalaria, durante todo el período de mi participación en el Programa de Movilidad en la ciudad de Lima, sita en el departamento de Lima.
2. En el caso de enfermedades o emergencias médicas que puedan ocurrir durante mi permanencia en la ciudad donde se halla ubicada la universidad de destino o en alguna otra ciudad que pueda visitar durante este período, la Universidad Ricardo Palma no tendrá ninguna responsabilidad de asumir costos de atenciones médicas y/o de laboratorio, medicinas, intervenciones quirúrgicas y/o traslados a cualquier lugar dentro o fuera de la ciudad de Lima.
3. Disponer del **Seguro Médico contra accidentes personales** de la Compañía Rímac Seguros y Reaseguros, con el que cuentan los estudiantes de la Universidad Ricardo Palma. De no contar con este seguro médico, deberé fundamentar que cuento con un seguro particular o corporativo de accidentes con cobertura similar.
4. La Universidad Ricardo Palma no se hace responsable de los costos derivados de las consecuencias ocurridas por accidentes durante mi participación en el Programa de

Movilidad Estudiantil Nacional, tales como traslados de emergencia (traslado médico sanitario o traslado de despojos por fallecimiento) a la ciudad de Lima u otra ciudad del país, o asumir el costo de beneficios económicos derivados de situaciones de invalidez temporal o permanente generadas por accidentes.

5. Reconozco que la Universidad Ricardo Palma no se hace responsable por la afectación a mi persona ocasionada por hechos o circunstancias relativas a catástrofes naturales (terremotos, tsunamis, inundaciones u otros), sanitarias (epidemias) o de cualquier otra índole, u otras situaciones imprevistas que se puedan producir durante el período de la Movilidad Estudiantil Nacional. En consecuencia, la Universidad Ricardo Palma no está obligada, ni es responsable de costear, ni gestionar y/o realizar cualquier tipo de traslado y/o evacuación con la finalidad de mi retorno anticipado a cualquier lugar dentro o fuera de la ciudad de Lima o asumir otros expendios que puedan generarse derivados de situaciones imprevistas.

De no cumplir este compromiso, acepto bajo mi entera responsabilidad cualquiera de las sanciones a las que pudiera estar sujeto/a.

Lima,..... de de 2019

Apellidos y nombres completos:

DNI N°

Póliza de seguro médico: (Nombre de la aseguradora, número de póliza y fechas de vigencia)

Póliza de seguro contra accidentes personales: (Nombre de la aseguradora, número de póliza y fechas de vigencia)

Firma: y huella digital:

(Deberá estar refrendada notarialmente)