

## SOLICITUD DE PAGO DE BENEFICIOS (SEGUROS GRUPALES)

Para iniciar algún reclamo por un seguro de vida crédito debe llenar completamente el presente formulario y entregarlo junto a la documentación mínima señalada en la sección II

|                      |     |
|----------------------|-----|
| Nombre Del Asegurado | DNI |
|----------------------|-----|

### I.- INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

|  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> MUERTE NATURAL</li> <li><input type="checkbox"/> MUERTE ACCIDENTAL</li> <li><input type="checkbox"/> INVALIDEZ POR ENFERMEDAD</li> <li><input type="checkbox"/> INVALIDEZ POR ACCIDENTE</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION</li> <li><input type="checkbox"/> ADELANTO POR ENFERMEDAD TERMINAL</li> <li><input type="checkbox"/> BENEFICIO POR ENFERMEDADES GRAVES</li> <li><input type="checkbox"/> OTROS _____</li> </ul> |
|--|---|

|                      |                     |                     |
|----------------------|---------------------|---------------------|
| Fecha de ocurrencia: | Hora de ocurrencia: | Lugar de ocurrencia |
|----------------------|---------------------|---------------------|

Detalle las circunstancias en las que ocurrió el siniestro  
 .....  
 .....

#### Clínicas y hospitales que atendieron al asegurado en los últimos 5 años:

| Nombre | Dirección | Provincia / Distrito |
|--------|-----------|----------------------|
|        |           |                      |
|        |           |                      |
|        |           |                      |
|        |           |                      |

### II.- DOCUMENTOS QUE SUSTENTAN EL RECLAMO

#### MUERTE NATURAL

1. Documento de identidad del asegurado
2. Certificado de defunción completo
3. Partida de defunción completa
4. Formato de la compañía IMA 1 (\*)

(\*) Inicialmente solo debe entregarse si en el certificado médico de defunción no se han llenado los datos referentes al tiempo de duración de la(s) enfermedad(es) que causó (causaron) la muerte

#### INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE

1. Documento de identidad del asegurado
2. Informe médico indicando el diagnóstico y el pronóstico
3. Atestado policial completo
4. Resultados del examen de dosaje etílico
5. Resultados del examen toxicológico

#### ENFERMEDADES GRAVES Y/O TERMINALES

1. Documento de identidad del asegurado
2. Informe médico indicando el diagnóstico y el pronóstico (tiempo de vida si es terminal)
3. Formato de la compañía IMA 2
4. Examen Anatomopatológico (solo si es cáncer)

#### MUERTE ACCIDENTAL

1. Documento de identidad del asegurado
2. Informe de Necropsia
3. Partida de defunción completa
4. Atestado Policial completo
5. Resultados del examen de dosaje etílico
6. Resultados del examen toxicológico

Si el cadáver no es encontrado debe entregarse adicionalmente la Declaración Judicial de Muerte Presunta (cuando se emita)

#### INVALIDEZ PERMANENTE POR ENFERMEDAD

1. Documento de identidad del asegurado
2. Formato de la compañía IMA 2
3. Examen Anatomopatológico (solo si es cáncer)
4. Informe médico indicando el diagnóstico y el pronóstico

#### HOSPITALIZACION

1. Documento de identidad del asegurado
2. Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico
3. Constancia de la institución hospitalaria Indicando fecha de ingreso y alta

El listado anterior muestra la documentación **mínima** que debe presentarse para iniciar un reclamo, la compañía se reserva el derecho de solicitar documentación adicional a la indicada si lo considera necesario.

Todos los documentos que se entreguen deben ser copias **LEGALIZADAS**, de ninguna manera se aceptan copias simples. Los documentos legalizados entregados a la compañía para tramitar el pago de un beneficio, se convierten en propiedad de Pacífico Vida, **NO se atenderán solicitudes de devolución de documentos** aún cuando el reclamo sea denegado.

#### DOCUMENTOS EMITIDOS EN EL EXTRANJERO

Todos los documentos emitidos en el extranjero deben estar visados por el CONSULADO PERUANO en el país donde fueron emitidos, si estuvieran en un idioma diferente al español, debe adjuntarse una **TRADUCCIÓN OFICIAL** de cada documento.

### III.- DECLARACIÓN

- Autorizo a cualquier hospital, clínica, médico o empleador a suministrar a Pacífico Vida, toda información relacionada con alguna enfermedad o accidente, incluyendo historias médicas, consultas, exámenes o tratamientos y/o copias de los registros hospitalarios o médicos del asegurado.
- Declaro que la información consignada es verídica y completa. Asimismo, declaro que la documentación adjunta es verídica y ha sido obtenida de los funcionarios competentes
- Se deja constancia que la recepción del presente documento, no significa su aceptación, ni acredita la existencia de la póliza, ni de los beneficios indicados en la presente.

FIRMA.....

Nombre:.....

DNI:.....Teléfono:.....

Fecha: \_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**IV.- INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

|                          |  |  |              |
|--------------------------|--|--|--------------|
| Nombre de la Institución | Persona de contacto (Nombre y Apellidos) |  |              |
| Teléfono                 | e-mail                                   |  |              |
| Dirección                |  |  |              |
| Distrito                 | Provincia                                |  | Departamento |

**V.- INFORMACIÓN DE LA POLIZA**

|        |  |   |  |   |  |
|--------|--|---|--|---|--|
| POLIZA |  | Fecha en la que se inscribió en el seguro |  | Fecha en la que el asegurado ingresó a la institución |  |
|--------|--|---|--|---|--|

**PAGO DE BENEFICIOS AL CONTRATANTE**

Si en la póliza se indica que todo el importe del beneficio debe pagarse al contratante, no es necesario enviar documentos adicionales.

**PAGO DE BENEFICIOS A LOS BENEFICIARIOS**

Si en la póliza se indica que el pago del beneficio debe hacerse a los beneficiarios, se debe indicar los datos de cada beneficiario y adjuntar un documento de identidad, el cual será necesario para la emisión del pago en caso que el reclamo sea procedente. El documento que debe adjuntarse cuando el beneficiario es MENOR DE EDAD es la Partida de Nacimiento y el documento de identidad del padre o madre.  
El pago de los beneficiarios menores de edad se deposita en una cuenta bancaria.  
Todo lo indicado en la sección II es de aplicación para los documentos de los beneficiarios.

DECLARATORIA DE HEREDEROS       DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS (firmada por el asegurado)

**BENEFICIARIO 1:**

|                                   |   |                                |               |
|-----------------------------------|---|--------------------------------|---------------|
| Apellidos y Nombre(s):            |   |                                |               |
| Tipo de documento:                |   | N° de documento:               |               |
| Fecha de nacimiento:              | / | /                              | Nacionalidad: |
| Domicilio:                        |   |                                |               |
| Profesión:                        |   | Ocupación:                     |               |
| Empleador / Empresa donde labora: |   | Ingreso Promedio Mensual US\$: |               |

**BENEFICIARIO 2:**

|                                   |   |                                |               |
|-----------------------------------|---|--------------------------------|---------------|
| Apellidos y Nombre(s):            |   |                                |               |
| Tipo de documento:                |   | N° de documento:               |               |
| Fecha de nacimiento:              | / | /                              | Nacionalidad: |
| Domicilio:                        |   |                                |               |
| Profesión:                        |   | Ocupación:                     |               |
| Empleador / Empresa donde labora: |   | Ingreso Promedio Mensual US\$: |               |

**BENEFICIARIO 3:**

|                                   |   |                                |               |
|-----------------------------------|---|--------------------------------|---------------|
| Apellidos y Nombre(s):            |   |                                |               |
| Tipo de documento:                |   | N° de documento:               |               |
| Fecha de nacimiento:              | / | /                              | Nacionalidad: |
| Domicilio:                        |   |                                |               |
| Profesión:                        |   | Ocupación:                     |               |
| Empleador / Empresa donde labora: |   | Ingreso Promedio Mensual US\$: |               |

**BENEFICIARIO 4:**

|                                   |   |                                |               |
|-----------------------------------|---|--------------------------------|---------------|
| Apellidos y Nombre(s):            |   |                                |               |
| Tipo de documento:                |   | N° de documento:               |               |
| Fecha de nacimiento:              | / | /                              | Nacionalidad: |
| Domicilio:                        |   |                                |               |
| Profesión:                        |   | Ocupación:                     |               |
| Empleador / Empresa donde labora: |   | Ingreso Promedio Mensual US\$: |               |

|  |  |                                |                          |
|--|--|--------------------------------|--------------------------|
| <b>BENEFICIARIO 5:</b>   |  |                                |                          |
| Apellidos y Nombre(s):   |  |                                |                          |
| Tipo de documento:   |  | N° de documento:               |                          |
| Fecha de nacimiento: / /   |  | Nacionalidad:                  |                          |
| Domicilio:   |  |                                |                          |
| Profesión:   |  | Ocupación:                     |                          |
| Empleador / Empresa donde labora:  |  | Ingreso Promedio Mensual US\$: |                          |
| <b>BENEFICIARIO 6:</b>   |  |                                |                          |
| Apellidos y Nombre(s):   |  |                                |                          |
| Tipo de documento:   |  | N° de documento:               |                          |
| Fecha de nacimiento: / /   |  | Nacionalidad:                  |                          |
| Domicilio:   |  |                                |                          |
| Profesión:   |  | Ocupación:                     |                          |
| Empleador / Empresa donde labora:  |  | Ingreso Promedio Mensual US\$: |                          |
| <b>BENEFICIARIO 7:</b>   |  |                                |                          |
| Apellidos y Nombre(s):   |  |                                |                          |
| Tipo de documento:   |  | N° de documento:               |                          |
| Fecha de nacimiento: / /   |  | Nacionalidad:                  |                          |
| Domicilio:   |  |                                |                          |
| Profesión:   |  | Ocupación:                     |                          |
| Empleador / Empresa donde labora:  |  | Ingreso Promedio Mensual US\$: |                          |
| Si en la póliza se indica que parte del pago del beneficio debe hacerse al contratante y que la diferencia entre la suma asegurada y lo pagado al contratante debe repartirse entre los beneficiarios designados. Entonces debe adjuntarse lo siguiente: |  |                                |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constancia emitida por el contratante en la que se indique que parte del beneficio le corresponde</li> </ul>  |  |                                | <input type="checkbox"/> |

|                      |
|----------------------|
| <b>OBSERVACIONES</b> |
| .....                |
| .....                |
| .....                |
| .....                |
| .....                |
| .....                |

- |  |
|--|
| <p><b>NOTA IMPORTANTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NO se procesarán solicitudes con <b>DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA</b>. Para que el trámite sea iniciado la solicitud debe estar acompañada de los documentos indicados en las secciones II y V.</li> <li>• En los casos de muerte presunta, debe presentar el reclamo con todos los documentos que tenga disponible sin esperar a la resolución judicial, cuando esta sea emitida nos la deberá entregar inmediatamente junto a la partida de defunción</li> <li>• El valor del crédito de estudios o de la pensión asegurables, se determinan de acuerdo a lo indicado en la póliza, la compañía no tiene responsabilidad de pago por incrementos en dicho conceptos si es que no se ha especificado en la póliza.</li> <li>• Entregue esta solicitud en ORIGINAL junto a los documentos <b>en el orden indicado</b> en las secciones II y V.</li> <li>• Toda solicitud de pago de beneficios tiene un tiempo de proceso el cual está indicado en la póliza. Nosotros nos comunicaremos con ustedes para comunicarles el resultado del trámite o requerir documentación adicional.</li> </ul> |
|--|

|            |                              |
|------------|------------------------------|
| FIRMA..... | Fecha: __, de _____ de _____ |
|------------|------------------------------|