

Instrucciones para el llenado de la solicitud

1. GENERALES

- La información proporcionada en esta solicitud tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**, el solicitante asume la responsabilidad legal por la veracidad de la información que proporcione en esta solicitud.
- Para iniciar el trámite debe llenar completamente el presente formulario y entregarlo junto a la documentación mínima señalada en el numeral 2 de la presente hoja. Por ningún motivo deje en blanco ninguna pregunta o sección del presente formulario, si alguna de las preguntas o secciones no aplicara a su caso escriba N.A.
No se procesarán solicitudes con documentación o información incompleta.
- 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 Pacifico Seguros, no se atenderán solicitudes de devolución de documentos aun cuando la solicitud sea denegada.
- Entregue esta solicitud en ORIGINAL junto a los documentos solicitados.
- En el caso de documentos emitidos en el extranjero, se debe tener en cuenta que deben estar visados por el Consulado Peruano en el país donde fueron emitidos y legalizado en Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores, si estuvieran en un idioma diferente al español, debe adjuntarse una Traducción Oficial de cada documento.
- Pacifico Seguros se reserva el derecho de solicitar documentación adicional a la indicada en las secciones 2 y 3 de la presente solicitud y de verificar la veracidad de la información proporcionada.

2. DOCUMENTOS QUE SUSTENTAN LA SOLICITUD

Marcar con una "X" los documentos que está adjuntando

INVALIDEZ POR ACCIDENTE DE TRABAJO	INVALIDEZ POR ENFERMEDAD PROFESIONAL
1. Aviso de Accidente (firmado y sellado por la empresa). <input type="checkbox"/>	1. Exámenes ocupacionales de los últimos 4 años. <input type="checkbox"/>
2. Informe sobre el accidente emitido por el Departamento de Seguridad de la empresa. <input type="checkbox"/>	2. Informe médico y/o exámenes clínicos actuales que respalden su condición de invalidez. Estos documentos deben ser emitidos por una institución oficial o por un médico con registro de especialización en la enfermedad que diagnostica. <input type="checkbox"/>
3. Informe médico y exámenes clínicos actuales que respalden su condición de invalidez. <input type="checkbox"/>	3. Fotocopia del documento de identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/>
4. Fotocopia del documento de identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/>	4. Boletas de pago y/o Declaración Jurada del empleador acreditando las remuneraciones asegurables en los 12 meses previos a la fecha de diagnóstico(*). <input type="checkbox"/>
5. Boletas de Pago y/o Declaración Jurada del Empleador acreditando las remuneraciones asegurables en los 12 meses previos al accidente(*). <input type="checkbox"/>	5. Constancia emitida por EsSalud, donde se indique fecha de inicio y de fin del período de subsidios(*). <input type="checkbox"/>
6. Constancia emitida por EsSalud, donde se indique fecha de inicio y de fin del período de subsidios(*). <input type="checkbox"/>	

(*). Estos documentos pueden presentarse durante el proceso de evaluación y a más tardar dentro del plazo requerido por PACÍFICO SEGUROS.

3. INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIARIOS

Los beneficiarios están establecidos por LEY, solamente pueden ser beneficiarios quienes figuran en esta sección y para su acreditación como tales deben presentar (cuando se le requiera) los documentos que se indican:

- Cónyuge:** Partida de Matrimonio y documento de identidad.
- Concubino(a):** Declaración Judicial de Unión de Hecho y documento de identidad.
- Hijos sanos menores de 18 años:** Partida de nacimiento y documento de identidad (DNI). En caso que el menor estuviera en orfandad, deberá presentar copia de la Inscripción en Registros Públicos del Discernimiento del Cargo de Tutor y el documento de identidad del tutor.
- Hijos incapacitados de manera total y permanente para el trabajo:** Partida de Nacimiento, documento de identidad y Dictamen de Invalidez expedido por PACÍFICO SEGUROS o el Instituto Especializado de Rehabilitación.
- Padres sanos mayores de 60 años para casos anteriores al 01 de agosto de 2013, y de cincuenta y cinco (55) o sesenta y sesenta (60) años, según se trate de la madre o padre respectivamente, para casos posteriores al 01 de agosto de 2013, y que en ambos casos sean económicamente dependientes:** documento de identidad, Partida de Nacimiento del Asegurado y Declaración Jurada en la que manifieste la dependencia económica respecto del asegurado (Resolución SBS N° 4831-2013).
- Padres con invalidez permanente total o parcial:** Documento de identidad, Partida de nacimiento del Asegurado y Dictamen de Invalidez expedido por PACÍFICO SEGUROS o el Instituto Especializado de Rehabilitación.

Estos documentos se deben entregar en el momento que sean requeridos por PACÍFICO SEGUROS, no es necesario que se adjunten a la presente solicitud.

Esta solicitud deberá ser entregada en las oficinas de Pacifico Seguros y firmada en cada una de las hojas.

_____ de _____ de _____
Firma del Solicitante

Nombre: _____

DNI: _____

I.- DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Tipo doc. identificación	N° doc. identificación		Celular	

DOMICILIO PARTICULAR

Avenida /Calle/Pasaje/Jirón		Número/Departamento/Interior/Manzana/Lote			
Distrito		Provincia		Departamento	
E-mail			Teléfono fijo		

II.- INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE / ENFERMEDAD OCUPACIONAL

INVALIDEZ POR ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		INVALIDEZ POR ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/>	
Fecha de ocurrencia	Hora de ocurrencia	Lugar exacto de ocurrencia	
Fecha de ocurrencia			

Diagnóstico			

III.- ANTECEDENTES GENERALES DEL EVALUADO

Esta sección debe ser obligatoriamente llenada en forma completa y veraz por el trabajador o su representante. En caso de presentar información incompleta la Solicitud se devolverá sin ser procesada.

III.1.- SITUACIÓN ACTUAL

<input type="checkbox"/> Activo Indique empleador actual _____ <input type="checkbox"/> Con subsidio por incapacidad temporal Fecha de inicio _____ Fecha de fin _____ <input type="checkbox"/> Desempleado Indique último empleador _____ Fecha de cese laboral de su último empleador _____ Pensionista <input type="checkbox"/> DL 19990 Fecha inicio de pensión: _____ <input type="checkbox"/> Decreto Ley 18880 Fecha inicio de pensión: _____ <input type="checkbox"/> AFP Fecha inicio de pensión: _____ <input type="checkbox"/> Otros Especifique: _____ Fecha inicio de pensión: _____	Nivel educativo <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria Nivel: _____ <input type="checkbox"/> Secundaria Nivel: _____ <input type="checkbox"/> Superior Nivel: _____ Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado
---	--

III.2.- ¿Ha presentado a alguna compañía de Seguros, a la ONP o a alguna AFP, una solicitud de pensión por la enfermedad o accidente por la cual está presentando esta solicitud? De ser afirmativo, indique la siguiente información:

Institución _____
Fecha de presentación _____ Estado del trámite _____

III.3.- TRABAJOS INDEPENDIENTES Y HOBBIES

Si tuviera o tuvo algún trabajo independiente, por favor indicar detalladamente en que consistía y en que fechas lo(s) realizó. Si no realizó ningún trabajo independiente, indicar NO APLICA.

Indique sus hobbies y si practica algún deporte, detalle cual. En caso no tuviera hobbies o no practicara deportes indicar NO APLICA.

Firma _____

III.4.- EMPLEADORES

En esta sección deberá indicar la Razón Social de cada uno de sus empleadores. Por cada empleador deberá llenar el "ANEXO HISTORIA OCUPACIONAL", el cual forma parte de esta solicitud y es requisito indispensable para dar por iniciado el trámite.

Empleador 1: _____

Empleador 2: _____

Empleador 3: _____

Empleador 4: _____

Empleador 5: _____

IV.- BENEFICIARIOS

BENEFICIARIO 1

Apellidos y nombre(s)		Teléfono	Tipo de doc.		N° de doc.	
Domicilio		Código EsSalud	Fecha nac.	Parentesco(*)	Sexo (**)	Inválido SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Ocupación	E-mail (ver ítem VI, punto 3)			Ingreso mensual US\$	
<input type="checkbox"/> Adjuntar formulario de pago de beneficio Vida Ley (formato de la Cía.)						

BENEFICIARIO 2

Apellidos y nombre(s)		Teléfono	Tipo de doc.		N° de doc.	
Domicilio		Código EsSalud	Fecha nac.	Parentesco(*)	Sexo (**)	Inválido SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Ocupación	E-mail (ver ítem VI, punto 3)			Ingreso mensual US\$	
<input type="checkbox"/> Adjuntar formulario de pago de beneficio Vida Ley (formato de la Cía.)						

BENEFICIARIO 3

Apellidos y nombre(s)		Teléfono	Tipo de doc.		N° de doc.	
Domicilio		Código EsSalud	Fecha nac.	Parentesco(*)	Sexo (**)	Inválido SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Ocupación	E-mail (ver ítem VI, punto 3)			Ingreso mensual US\$	
<input type="checkbox"/> Adjuntar formulario de pago de beneficio Vida Ley (formato de la Cía.)						

BENEFICIARIO 4

Apellidos y nombre(s)		Teléfono	Tipo de doc.		N° de doc.	
Domicilio		Código EsSalud	Fecha nac.	Parentesco(*)	Sexo (**)	Inválido SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Ocupación	E-mail (ver ítem VI, punto 3)			Ingreso mensual US\$	
<input type="checkbox"/> Adjuntar formulario de pago de beneficio Vida Ley (formato de la Cia.)						

BENEFICIARIO 5

Apellidos y nombre(s)		Teléfono	Tipo de doc.		N° de doc.	
Domicilio		Código EsSalud	Fecha nac.	Parentesco(*)	Sexo (**)	Inválido SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Ocupación	E-mail (ver ítem VI, punto 3)			Ingreso mensual US\$	
<input type="checkbox"/> Adjuntar formulario de pago de beneficio Vida Ley (formato de la Cia.)						

BENEFICIARIO 6

Apellidos y nombre(s)		Teléfono	Tipo de doc.		N° de doc.	
Domicilio		Código EsSalud	Fecha nac.	Parentesco(*)	Sexo (**)	Inválido SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Ocupación	E-mail (ver ítem VI, punto 3)			Ingreso mensual US\$	
<input type="checkbox"/> Adjuntar formulario de pago de beneficio Vida Ley (formato de la Cia.)						

(*) Parentesco: (1) Cónyuge, (2) Concubino, (3) Hijo, (4) Padre o madre

(**) Sexo : (M) Masculino, (F) Femenino

Firma _____

V.- INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

N° de póliza		RUC	
Nombre de la empresa			
Persona de contacto (nombre y apellidos)			
Teléfono		E-mail	
Dirección			
Intermediario (Bróker)		E-mail (Bróker)	
Distrito		Provincia	Departamento

VI.- DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

1. En mi condición de solicitante de evaluación y calificación de invalidez, autorizo al médico tratante para que suministre al Comité Médico cualquier información, exámenes de laboratorio, datos del archivo médico, etc, dispensándolo del secreto profesional.
2. Doy mi consentimiento para someterme a los exámenes médicos adicionales que se estime conveniente para determinar la condición de invalidez.
3. Solicito y autorizo a la compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con la evaluación de la presente solicitud y cualquier comunicación futura relacionada con la póliza de seguro a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación, con por lo menos quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica comunicada a la compañía.

Firma del Solicitante
Nombre: _____
DNI: _____

_____ de _____ de _____

SOLICITUD DE PAGO DE BENEFICIO

Marque una de las opciones de pago: transferencia bancaria o cheque. En el caso de transferencia bancaria, por favor, complete los datos de su cuenta. En el caso del cheque, deberá ser recogido en las oficinas de Pacífico Seguros.

Transferencia bancaria

Yo, _____ requiero que, de aprobarse la solicitud de beneficios, se proceda a realizar el pago a mi cuenta bancaria en moneda soles:

Banco: _____

Tipo de cuenta en soles (S/): _____

Cuenta bancaria/interbancaria en soles (S/): _____

Llenar en caso corresponda el pago del beneficio en dólares:

Banco: _____

Tipo de cuenta en dólares (\$): _____

Cuenta bancaria/interbancaria en dólares (\$): _____

(1) La cuenta solo debe pertenecer al beneficiario de la póliza.

(2) La cuenta indicada debe estar en la moneda señalada en este formulario.

(3) Solo se aceptan los pagos de los siguientes bancos: BCP, SCOTIABANK, INTERBANK, CONTINENTAL, BANCO DE LA NACIÓN, BANCO FINANCIERO Y BANBIF.

(4) En el caso que el banco sea BCP indicar cuenta bancaria, caso contrario indicar cuenta interbancaria.

(5) Si se consigna cuenta interbancaria, validar que tenga exactamente 20 dígitos y presentar copia simple del documento otorgado para la apertura de la cuenta de ahorros y/o documento que indique número de cuenta con CCI y nombre del titular.

Cheque

Yo, _____ requiero que, de aprobarse la solicitud de beneficios, se proceda a emitir un cheque para el pago del beneficio.

Firma del Solicitante

Nombre: _____

DNI: _____

_____ de _____ de _____