

Instrucciones para el llenado de la solicitud

### I.- 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 legalizados 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 II y III de la presente solicitud y de verificar la veracidad de la información proporcionada.**

### II.- 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 Original o copia legalizada de los exámenes ocupacionales de los últimos 4 años. <input type="checkbox"/>
2. Original o copia legalizada del informe del accidente emitido por el Departamento de Seguridad de la empresa. <input type="checkbox"/>	2. Original o copia legalizada del 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. Original o copia legalizada del 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. Original o copia legalizada de las 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. Original o copia legalizada de las boletas de pago y/o Declaración Jurada del empleador acreditando las remuneraciones asegurables en los doce (12) meses previos al accidente(*). <input type="checkbox"/>	5. Original o copia legalizada de la constancia emitida por EsSalud, donde se indique fecha de inicio y de fin del período de subsidios(*). <input type="checkbox"/>
6. Original o copia legalizada de la constancia emitida por EsSalud, donde se indique fecha de inicio y de fin del período de subsidios(*). <input type="checkbox"/>	

(\*) Estos documentos pueden entregarse durante el proceso de evaluación y a más tardar cuando le sean requeridos por Pacifico Seguros.

### III.- 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 les 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 del menor (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.
- 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.**

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.

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

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_



### VI.3.- TRABAJOS INDEPENDIENTES Y HOBBIES

Si tuviera o tuvo algún trabajo independiente, por favor indicar detalladamente en qué consistía y en qué 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.

---



---

### VI.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: \_\_\_\_\_

## VII.- BENEFICIARIOS

### BENEFICIARIO 1

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

### BENEFICIARIO 2

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

### BENEFICIARIO 3

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

### BENEFICIARIO 4

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

**BENEFICIARIO 5**

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

**BENEFICIARIO 6**

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

(\*) Parentesco: (1) Cónyuge, (2) Concubino, (3) Hijo, (4) Padre o madre  
(\*\*) Sexo : (M) Masculino, (F) Femenino

**VIII.- INFORMACIÓN SALARIAL**

**12 remuneraciones MENSUALES anteriores al mes del Accidente de Trabajo o del Diagnóstico de la Enfermedad Ocupacional.**

Esta información es solamente referencial.  
Para efectos de pago del beneficio en caso corresponda, se utilizarán las boletas de pago y/o Declaración Jurada del Empleador acreditando las remuneraciones asegurables en los 12 meses previos al accidente de trabajo o enfermedad profesional y con las que se efectuó el pago de la prima correspondiente.  
**No es necesario completar esta sección si ya está adjuntando las boletas de pago y/o Declaración Jurada del Empleador**

Año / Mes		Remuneración en Soles
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

**IX.- INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA**

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

## X.- 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 estimen convenientes 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 Asegurado

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### ANEXO HISTORIA OCUPACIONAL

La información proporcionada en este formato tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**, el firmante asume la responsabilidad legal por la veracidad de la información que proporcione en esta solicitud. Pacífico Seguros se reserva el derecho de verificar la información proporcionada.

**Detalle las labores realizadas en este empleador:** debe proporcionar información por cada una de las labores realizadas en su vida laboral.

LABOR 1: EMPLEADOR		
Nombre y actividad del empleador	Fecha de ingreso	Fecha de cese
Ocupación-Sección	Desde	Hasta
Nombre y lugar de la unidad de producción donde laboró	Altitud en m.s.n.m del lugar donde se realizó la labor	
Nombre de la empresa donde se desarrolló la labor (si fuera diferente del empleador)		
Modalidad de trabajo (planilla / recibo por honorarios)		
Describe detalladamente las labores realizadas _____ _____ _____ ¿Con qué equipo de protección contaba para realizar las labores arriba detalladas? _____ _____ ¿Tuvo alguna capacitación especial para estos trabajos? ¿Cuáles han sido? _____ _____ Explicar procedimientos de seguridad existentes para inicio de labores diarias (charlas, análisis de trabajo seguro, etc.) _____ _____ _____ ¿Cuáles fueron las razones para cambiar de trabajo? _____ _____ _____		

LABOR 2: EMPLEADOR		
Nombre y actividad del empleador	Fecha de ingreso	Fecha de cese
Ocupación-Sección	Desde	Hasta
Nombre y lugar de la unidad de producción donde laboró	Altitud en m.s.n.m del lugar donde se realizó la labor	
Nombre de la empresa donde se desarrolló la labor (si fuera diferente del empleador)		
Modalidad de trabajo (planilla / recibo por honorarios)		
Describe detalladamente las labores realizadas _____ _____ _____ ¿Con qué equipo de protección contaba para realizar las labores arriba detalladas? _____ _____ ¿Tuvo alguna capacitación especial para estos trabajos? ¿Cuáles han sido? _____ _____ Explicar procedimientos de seguridad existentes para inicio de labores diarias (charlas, análisis de trabajo seguro, etc.) _____ _____ _____		

LABOR 3: EMPLEADOR		
Nombre y actividad del empleador	Fecha de ingreso	Fecha de cese
Ocupación-Sección	Desde	Hasta
Nombre y lugar de la unidad de producción donde laboró	Altitud en m.s.n.m del lugar donde se realizó la labor	
Nombre de la empresa donde se desarrolló la labor (si fuera diferente del empleador)		
Modalidad de trabajo (planilla / recibo por honorarios)		
Describa detalladamente las labores realizadas _____ _____ _____ ¿Con qué equipo de protección contaba para realizar las labores arriba detalladas? _____ _____ ¿Tuvo alguna capacitación especial para estos trabajos? ¿Cuáles han sido? _____ _____ Explicar procedimientos de seguridad existentes para inicio de labores diarias (charlas, análisis de trabajo seguro, etc.) _____ _____ _____		

LABOR 4: EMPLEADOR		
Nombre y actividad del empleador	Fecha de ingreso	Fecha de cese
Ocupación-Sección	Desde	Hasta
Nombre y lugar de la unidad de producción donde laboró	Altitud en m.s.n.m del lugar donde se realizó la labor	
Nombre de la empresa donde se desarrolló la labor (si fuera diferente del empleador)		
Modalidad de trabajo (planilla / recibo por honorarios)		
Describa detalladamente las labores realizadas _____ _____ _____ ¿Con qué equipo de protección contaba para realizar las labores arriba detalladas? _____ _____ ¿Tuvo alguna capacitación especial para estos trabajos? ¿Cuáles han sido? _____ _____ Explicar procedimientos de seguridad existentes para inicio de labores diarias (charlas, análisis de trabajo seguro, etc.) _____ _____ _____		

_____ 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 <sup>(2)</sup>

soles (S/) \_\_\_\_\_ dólares (\$) \_\_\_\_\_ :

**Banco <sup>(3)</sup>:** \_\_\_\_\_

**Tipo de cuenta:** \_\_\_\_\_

**Cuenta bancaria/interbancaria <sup>(4)</sup>:** \_\_\_\_\_

(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 Beneficiario

DNI: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_