

Para solicitar las coberturas del seguro de vida ley debe llenar completamente el presente formulario y entregarlo junto a la documentación mínima señalada en la sección III y IV de este formulario, en cualquier agencia de PACÍFICO SEGUROS.

Nombre del Contratante	N° de póliza
Nombre del Asegurado	Tipo / N° de documento

### I.- INFORMACIÓN DEL DECLARANTE

Nombres y apellidos		Tipo / N° de documento
Relación con el Asegurado	Dirección en la que desea recibir la correspondencia (referencia)	
Distrito	Provincia	Departamento
Teléfono fijo	Celular	E-mail (ver ítem V, punto 6)
Intermediario (Bróker)	E-mail (Bróker)	

### II.- INFORMACIÓN SOBRE LA(S) COBERTURA(S) SOLICITADA(S)

<input type="checkbox"/> MUERTE NATURAL <input type="checkbox"/> MUERTE ACCIDENTAL <input type="checkbox"/> INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	<input type="checkbox"/> BENEFICIOS ADICIONALES POR ENFERMEDADES GRAVES <input type="checkbox"/> OTROS	
Fecha de ocurrencia del siniestro	Hora de ocurrencia	Lugar de ocurrencia
Detalle las circunstancias en las que ocurrió el siniestro		
<hr/> <hr/>		

### III.- DOCUMENTOS QUE SUSTENTAN EL RECLAMO

<p><b>MUERTE NATURAL</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Documento de identidad del Asegurado y de los beneficiarios. <input type="checkbox"/> 2. Certificado de defunción <b>completo</b> . <input type="checkbox"/> 3. Partida o Acta de Defunción. <input type="checkbox"/> 4. Declaración Jurada de Beneficiarios (*). <input type="checkbox"/> 5. Boletas de pago correspondientes a los 3 meses previos al fallecimiento. <input type="checkbox"/> 6. Acta o Partida de Matrimonio (Ver Punto IV). <p><b>MUERTE ACCIDENTAL</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Documento de identidad del Asegurado y de los beneficiarios. <input type="checkbox"/> 2. Partida o Acta de Defunción. <input type="checkbox"/> 3. Informe y Protocolo de Necropsia <b>completo</b> . <input type="checkbox"/> 4. Certificado de defunción <b>completo</b> . <input type="checkbox"/> 5. Atestado Policial <b>completo</b> del accidente. <input type="checkbox"/> 6. Declaración Jurada de Beneficiarios (*). <input type="checkbox"/> 7. Acta o Partida de Matrimonio ( <b>Ver Punto IV</b> ). <input type="checkbox"/> 8. Boleta de pago correspondiente al mes previo al fallecimiento (**). <p>Si se señala que el asegurado tiene la condición de desaparecido, deberá entregarse la Declaración Judicial de Muerte Presunta (cuando se emita). Para verificar los documentos sustentatorios de los beneficiarios, ver <b>punto IV</b>.</p>	<p><b>INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Documento de identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> 2. Informe médico indicando el diagnóstico. <input type="checkbox"/> 3. Atestado policial <b>completo</b> . <input type="checkbox"/> 4. Boleta de pago correspondiente al mes previo al siniestro (**). <p><b>BENEFICIO ADICIONAL POR ENFERMEDADES GRAVES</b></p> <p><b>Documentos generales:</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Documento de identidad del Asegurado. <input type="checkbox"/> 2. Informe médico indicando el diagnóstico. <input type="checkbox"/> 3. Formulario IMA 2 (formato de la Cía) <input type="checkbox"/> 4. Boletas de pago correspondientes a los 3 meses previos al diagnóstico. <p><b>Para casos de cáncer:</b></p> <input type="checkbox"/> Informe anatomopatológico e Historia Clínica donde se verifique el diagnóstico de la enfermedad. <p><b>Para casos de Incapacidad para el Trabajo:</b></p> <input type="checkbox"/> Constancia de Subsidios emitida por EsSalud señalando el periodo establecido en la póliza. <p><b>BENEFICIO ADICIONAL POR REEMBOLSO DE GASTOS DE SEPELIO</b></p> <input type="checkbox"/> 1. En caso haya recibido por parte de otra entidad el reembolso de estos gastos indique aquí (si la respuesta es negativa continuar con la pregunta n° 2). <input type="checkbox"/> 2. Facturas y/o boletas de pago <b>originales</b> de los gastos incurridos por concepto de sepelio establecidos en la póliza.
---	--

(\*)En caso el Asegurado no hubiese dejado Declaración Jurada de Beneficiarios, adjunta a esta solicitud se deberá presentar una carta emitida por la empresa contratante de la póliza a través de la cual señale **expresamente** que no tiene en custodia la Declaración Jurada de Beneficiarios, y deberá presentar la **Declaratoria de Herederos y/o Sucesión Intestada** (definitiva) debidamente inscrita en los Registros Públicos, y sobre el documento solo se pagará a los beneficiarios establecidos en el artículo n° 1 del Decreto Legislativo 688. (**Ver Punto IV**)

(\*\*)Para casos de muerte accidental que correspondan a un empleado remunerado a **comisión o destajo**, se deberá presentar las boletas de pago de los tres últimos meses previos al mes del fallecimiento (de acuerdo al art. 13° del Decreto Legislativo N° 688). En caso las boletas de pago no consignen la remuneración total del Asegurado (ejemplo: caso de subsidios), deberá presentar una declaración jurada de la(s) remuneración(es) **asegurable(s)** correspondiente(s) a la póliza Vida Ley emitida por la empresa contratante respecto del periodo requerido, teniendo en consideración la causa básica del fallecimiento.

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 Pacifico Seguros, NO se atenderán solicitudes de devolución de documentos aun 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.

**IV.- BENEFICIARIOS**

Los beneficiarios están establecidos por LEY y el importe del beneficio se reparte en partes IGUALES. Son beneficiarios del seguro de Vida Ley:

La esposa (o a falta de esposa la conviviente con más de dos años de convivencia de acuerdo al artículo 326 del código civil) y los hijos.

Solo a falta de estos corresponde el beneficio a los padres y a los hermanos menores de dieciocho (18) años.

No se pagará beneficio alguno a otras personas aun cuando hubieran sido incluidas en la Declaración Jurada de beneficiarios.

En caso los beneficiarios de LEY no hubieran ejercido su derecho luego de transcurrido un año del fallecimiento del trabajador asegurado, el empleador (contratante) tendrá derecho a cobrar el capital asegurado de la póliza, de conformidad con el artículo 3 y 16 del Decreto Legislativo N° 688.

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. Los documentos que deben presentar los beneficiarios son:

**Cónyuge / Conviviente:**

En el caso que uno de los beneficiarios ostente la calidad de cónyuge supérstite del asegurado, deberá presentar **Acta o Partida de Matrimonio**. Si el beneficiario califica como conviviente del asegurado deberá presentar **Sentencia de la Declaración Judicial de Unión de Hecho definitiva o Escritura Pública que declare Unión de Hecho**.

**Hijos o hermanos menores de edad:**

En el caso de los hijos o hermanos menores de edad deberá presentarse el documento de identidad del menor y el documento de identidad del padre sobreviviente. Para los menores en situación de orfandad, deberá presentarse copia de la Inscripción en Registros Públicos del Discernimiento del Cargo de Tutor y el documento de identidad del tutor.

**Padres:**

En el caso que aplicara el beneficio para los padres, deberán presentar partida de nacimiento del Asegurado.

**Todo lo indicado en la sección III es de aplicación para los documentos de los beneficiarios.**

**BENEFICIARIO 1**

Apellidos y nombre(s)	Relación con el Asegurado
Tipo /N° de documento	Teléfono
Fecha de nacimiento / /	Nacionalidad
Domicilio	E-mail (ver ítem V, punto 6)
<input type="checkbox"/> Adjuntar formulario de pago de beneficio Vida Ley (formato de la Cía.)	

**BENEFICIARIO 2**

Apellidos y nombre(s)	Relación con el Asegurado
Tipo /N° de documento	Teléfono
Fecha de nacimiento / /	Nacionalidad
Domicilio	E-mail (ver ítem V, punto 6)
<input type="checkbox"/> Adjuntar formulario de pago de beneficio Vida Ley (formato de la Cía.)	

**BENEFICIARIO 3**

Apellidos y nombre(s)	Relación con el Asegurado
Tipo /N° de documento	Teléfono
Fecha de nacimiento / /	Nacionalidad
Domicilio	E-mail (ver ítem V, punto 6)
<input type="checkbox"/> Adjuntar formulario de pago de beneficio Vida Ley (formato de la Cía.)	

**BENEFICIARIO 4**

Apellidos y nombre(s)	Relación con el Asegurado
Tipo /Nº de documento	Teléfono
Fecha de nacimiento / /	Nacionalidad
Domicilio	E-mail (ver ítem V, punto 6)
<input type="checkbox"/> Adjuntar formulario de pago de beneficio Vida Ley (formato de la Cia.)	

**BENEFICIARIO 5**

Apellidos y nombre(s)	Relación con el Asegurado
Tipo /Nº de documento	Teléfono
Fecha de nacimiento / /	Nacionalidad
Domicilio	E-mail (ver ítem V, punto 6)
<input type="checkbox"/> Adjuntar formulario de pago de beneficio Vida Ley (formato de la Cia.)	

**V.- DECLARACIÓN**

1. 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.
2. 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.
3. Declaro haber recibido información referida a la documentación mínima que debe presentarse.
4. La compañía de seguros se reserva el derecho de efectuar preguntas adicionales, así como las investigaciones del caso, y de requerir documentación adicional a la presentada de ser necesario.
5. 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.
6. 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.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante  
Nombre: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_

**NOTA IMPORTANTE**

- NO se procesarán solicitudes con DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA. Para que el trámite sea iniciado la solicitud debe estar acompañada de los documentos indicados en las secciones III y IV.
- 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.
- Entregue esta solicitud en ORIGINAL junto a los documentos en el orden indicado en las secciones III y IV.
- Toda solicitud de pago de beneficios tiene un tiempo de proceso que está indicado en la póliza. Nosotros nos comunicaremos con usted para comunicarle el resultado de su trámite o requerir documentación adicional.

## 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 \_\_\_\_\_