

Para iniciar algún reclamo por un seguro de vida debe llenar completamente el presente formulario y entregarlo junto a la documentación mínima señalada en la sección IV y V de este formulario, en cualquier agencia de PACIFICO SEGUROS.

N° de Póliza		Tipo de Póliza	
Nombre del Asegurado		DNI	
Nombre del Contratante (*)		Monto asegurado (Indicar moneda)	

(\*) Llenar solo si es distinto al asegurado

**I.- INFORMACION DEL DECLARANTE**

Nombres y Apellidos		D.N.I.	
Relación con el asegurado	Dirección		
Distrito	Provincia	Departamento	
Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	

**II.- INFORMACION SOBRE EL RECLAMO**

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

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

Detalle las circunstancias en las que ocurrió el siniestro

.....

.....

.....

.....

Llenar esta parte solo en el caso que la causa del siniestro sea un ACCIDENTE

¿Por qué razón el asegurado se encontraba en el lugar del accidente?

.....

.....

¿Transitaba habitualmente el asegurado por el lugar del accidente?

.....

.....

¿Con quien estaba el asegurado en momentos que ocurrió el accidente?

.....

.....

¿Qué delegación policial tomó conocimiento del accidente?

.....

.....

Nombre y dirección de la institución que brindó los primeros auxilios

.....

.....

Otros Detalles importantes

.....

.....

.....

.....

**III.- INFORMACION DEL ASEGURADO**

Esta sección debe llenarse obligatoriamente independientemente de la causa del siniestro

Actividad laboral		Ultimo día de trabajo	
-------------------	--	-----------------------	--

Firma.....

Descripción de la <u>última</u> enfermedad del asegurado	
.....	
.....	
.....	
Fecha de los primeros síntomas de la última enfermedad	
Fecha de la primera consulta por su última enfermedad	
Fecha de Diagnóstico de la última enfermedad	

**Médicos que atendieron al asegurado en los últimos 5 años:**

Nombres y Apellidos	Dirección	Teléfono

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

Nombre	Dirección

**Información sobre otras pólizas de vida contratadas por el asegurado con otras compañías de seguro en el país y en el extranjero.**

Compañía de Seguros	Monto Asegurado (indicar moneda)	Fecha de Emisión

IV.- DOCUMENTOS QUE SUSTENTAN EL RECLAMO	
<p><b>MUERTE NATURAL</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Documento de identidad del asegurado <input type="checkbox"/></li> <li>Certificado de defunción completo <input type="checkbox"/></li> <li>Partida de defunción completa <input type="checkbox"/></li> <li>Formato de la compañía IMA 1 <input type="checkbox"/></li> <li>La póliza ORIGINAL <input type="checkbox"/></li> <li>Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada. <input type="checkbox"/></li> </ol> <p><b>MUERTE ACCIDENTAL</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Documento de identidad del asegurado <input type="checkbox"/></li> <li>Informe de Necropsia <input type="checkbox"/></li> <li>Partida de defunción completa <input type="checkbox"/></li> <li>Atestado Policial completo <input type="checkbox"/></li> <li>Resultados del Dosaje Etílico <input type="checkbox"/></li> <li>Resultados del Examen Toxicológico <input type="checkbox"/></li> <li>La póliza ORIGINAL <input type="checkbox"/></li> <li>Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada. <input type="checkbox"/></li> </ol> <p>Si el cadáver no es encontrado debe entregarse los documentos 1, 3, 4 y 7 además de la Declaración Judicial de Muerte Presunta (cuando se emita)</p>	<p><b>INVALIDEZ PERMANENTE POR ENFERMEDAD</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Documento de identidad del asegurado <input type="checkbox"/></li> <li>Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico <input type="checkbox"/></li> <li>Formato de la compañía IMA 2 <input type="checkbox"/></li> <li>Examen Anatomopatológico (solo si es cáncer) <input type="checkbox"/></li> <li>Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada <input type="checkbox"/></li> </ol> <p><b>INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Documento de identidad del asegurado <input type="checkbox"/></li> <li>Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico <input type="checkbox"/></li> <li>Atestado policial completo <input type="checkbox"/></li> <li>Resultados del Dosaje Etílico <input type="checkbox"/></li> <li>Resultados del Examen Toxicológico <input type="checkbox"/></li> <li>Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada. <input type="checkbox"/></li> </ol>

ADELANTO POR ENFERMEDAD TERMINAL		BENEFICIO POR ENFERMEDADES GRAVES	
1. Documento de identidad del asegurado	<input type="checkbox"/>	1. Documento de identidad del asegurado	<input type="checkbox"/>
2. Informe médico indicando el diagnóstico y la esperanza de vida	<input type="checkbox"/>	2. Informe médico indicando el diagnóstico y la esperanza de vida	<input type="checkbox"/>
3. Formato de la compañía IMA 2	<input type="checkbox"/>	3. Formato de la compañía IMA 2	<input type="checkbox"/>
4. Examen Anatomopatológico (solo si es cáncer)	<input type="checkbox"/>	4. Examen Anatomopatológico (solo si es cáncer)	<input type="checkbox"/>
5. Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada	<input type="checkbox"/>	5. Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada.	<input type="checkbox"/>

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. Solamente debe entregar documentos originales en los casos que se indica en el cuadro anterior, en ningún otro caso envíe documentos originales.

Los documentos legalizados entregados a la compañía para tramitar el pago de un beneficio, se convierten en propiedad de Pacífico Seguros, 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.

**V.- BENEFICIARIOS**

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 el **DNI del menor**, la Partida de Nacimiento del menor 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 IV es de aplicación para los documentos de los beneficiarios.

**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 (indicar moneda):	
País de Residencia		Teléfono	

**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 (indicar moneda):	
País de Residencia		Teléfono	

**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 (indicar moneda):	
País de Residencia		Teléfono	

<b>BENEFICIARIO 4:</b>			
Apellidos y Nombre(s):			
Tipo de documento:		Nº de documento:	
Fecha de nacimiento:	/ /	Nacionalidad:	
Domicilio:			
Profesión:		Ocupación:	
Empleador / Empresa donde labora:		Ingreso Promedio Mensual (indicar moneda):	
País de Residencia		Teléfono	
<b>BENEFICIARIO 5:</b>			
Apellidos y Nombre(s):			
Tipo de documento:		Nº de documento:	
Fecha de nacimiento:	/ /	Nacionalidad:	
Domicilio:			
Profesión:		Ocupación:	
Empleador / Empresa donde labora:		Ingreso Promedio Mensual (indicar moneda):	
País de Residencia		Teléfono	
<b>BENEFICIARIO 6:</b>			
Apellidos y Nombre(s):			
Tipo de documento:		Nº de documento:	
Fecha de nacimiento:	/ /	Nacionalidad:	
Domicilio:			
Profesión:		Ocupación:	
Empleador / Empresa donde labora:		Ingreso Promedio Mensual (indicar moneda):	
País de Residencia		Teléfono	

**VI.- DECLARACIÓN**

- Autorizo a cualquier hospital, clínica, médico o empleador a suministrar a Pacífico Seguros, 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
- Declaro haber recibido información referida a la documentación mínima que debe presentarse
- 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.
- 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.
- 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.....

Nombre:.....

DNI:.....

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

**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 IV y V.
- 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. Solo se pagará el beneficio de existir cobertura y una resolución judicial consentida y ejecutoriada.
- Entregue esta solicitud en ORIGINAL junto a los documentos **en el orden indicado** en las secciones IV y V.
- Toda solicitud de pago de beneficios tiene un tiempo de proceso el que está indicado en la póliza, nosotros nos comunicaremos con usted para comunicarle el resultado de su trámite o requerir documentación adicional.