

Para solicitar la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo debe llenar completamente el presente formulario y entregarlo junto a la documentación mínima señalada en las secciones III, IV y V de este formulario, en cualquier agencia de PACÍFICO SEGUROS.

### I.- DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Apellido paterno	Apellido materno o de casado	Nombres
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Tipo doc. identificación(*)	N° doc. identificación

### DOMICILIO PARTICULAR

Avenida (Av.)/Calle(Cl.)/Pasaje(Pj.)/Jirón(Jr.)	Número(No.)/Departamento(Dpto.)/Interior(Int.)/Manzana(Mz.)/Lote(Lte.)	
Referencia domicilio		
Distrito	Provincia	Departamento

(\*) Tipo de documento de identidad: (00) Libreta Electoral, (01) Carné de Extranjería, (02) Carné de Identificación Militar – Policial, (03) Libreta del Adolescente Trabajador, (04) Documento Nacional de Identidad.

### II.- INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

MUERTE ENFERMEDAD OCUPACIONAL(*) <input type="checkbox"/>		MUERTE ACCIDENTAL <input type="checkbox"/>
Fecha de ocurrencia del siniestro	Hora de ocurrencia	Lugar de ocurrencia
Detalle las circunstancias en las que ocurrió el siniestro		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

(\*) En caso el Asegurado este recibiendo subsidios de EsSalud por Incapacidad Temporal, siempre y cuando el fallecimiento sea consecuencia directa del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional por la que este percibiendo los subsidios. O en caso el Asegurado este recibiendo pensión de Invalidez de PACÍFICO SEGUROS por Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo cualquiera que sea la causa de la muerte.

### III.- 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

### IV.- DOCUMENTOS QUE SUSTENTAN EL RECLAMO

<p><b>MUERTE / ENFERMEDAD OCUPACIONAL (*)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Original o copia legalizada del Acta de Defunción.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Original o copia legalizada del Certificado de Defunción <b>completo</b>.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Original o copia legalizada de las boletas de pago o Declaración Jurada del empleador acreditando las remuneraciones asegurables en los 12 meses previos al fallecimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Original o copia legalizada de la constancia de estar percibiendo subsidios de EsSalud o de Pacífico Seguros.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Original o copia legalizada de la Declaratoria de Herederos debidamente inscrita en Registros Públicos.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Documentos que sustenten la condición de posibles beneficiarios (DNI, partidas de nacimiento de hijos menores de edad o inválidos, partidas de matrimonios, resolución judicial de reconocimiento de unión de hecho inscrita en registro públicos en caso de concubinatos).</p>	<p><b>MUERTE ACCIDENTAL(*)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Aviso de Accidente (firmado y sellado por la empresa).</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Original o copia legalizada del informe del accidente emitido por el Departamento de Seguridad de la empresa.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Original o copia legalizada del Acta de Defunción.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Original o copia legalizada del Atestado Policial o Carpeta Fiscal <b>completa</b>.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Original o copia legalizada del Protocolo de Necropsia <b>completo</b>.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Original o copia legalizada del resultados del Examen de Dosaje Etílico.</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Original o copia legalizada de los resultados del Examen Toxicológico</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Boletas de pago o Declaración Jurada del empleador acreditando las remuneraciones asegurables en los doce (12) meses previos al fallecimiento. (accidente de trabajo).</p>
---	--

	<input type="checkbox"/> 9. Original o copia legalizada de la Declaratoria de Herederos debidamente inscrita en Registros Públicos. <input type="checkbox"/> 10. Documentos que sustenten la condición de posibles beneficiarios (DNI de cónyuge o conviviente, así como partida de matrimonio o resolución judicial de reconocimiento de unión de hecho inscrita en Registro Públicos en caso de concubinato; partidas de nacimiento y DNI de hijos menores de edad o inválidos; DNI de padres mayores de 60 años así como partida de nacimiento del asegurado)  Si el Asegurado permanece como desaparecido, debe entregarse adicionalmente la Declaración Judicial de Muerte Presunta (cuando se emita).
--	--

(\*) Para solicitar el **reembolso de Gastos de Sepelio** se deberá presentar:

- Solicitud de Reembolso de Gastos de Sepelio debidamente firmada.
- Boletas o facturas **originales** a nombre de quien solicite el reembolso.
- Copia simple del documento de identidad del solicitante.

El listado anterior muestra la documentación **mínima** que debe presentarse para iniciar un reclamo, luego de la evaluación de los documentos presentados, **la compañía se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales a los indicados si lo considera necesario, tales como:**

- Original o copia legalizada de las guías o protocolos de seguridad en el trabajo, en el que se especifiquen las medidas preventivas que deben tener en cuenta los trabajadores al momento de efectuar sus labores. Así como, el cargo de recepción de dicho documento.
- Original o copia legalizada del Formato de Trabajo Seguro (AST). Así como el cargo de recepción debidamente firmado por el Asegurado.
- Original o copia legalizada del Informe del Departamento de Seguridad de la empresa que permita acreditar que se entregaron los equipos de protección personal (EPPS) al Asegurado el día del siniestro, así como el cargo de recepción debidamente suscrito por el Asegurado.

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.

## V.- BENEFICIARIOS

Los beneficiarios están **establecidos por LEY** y los documentos que deben presentar son los siguientes:

- 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. En el 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 Nacional de Rehabilitación.
- Padres sanos **mayores de 60 años para casos anteriores al 01 de agosto de 2013, o de cincuenta y cinco (55) o 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 Nacional de Rehabilitación.

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

### BENEFICIARIO 1

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

### BENEFICIARIO 2

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

**BENEFICIARIO 3**

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

**BENEFICIARIO 4**

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

**BENEFICIARIO 7**

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

**BENEFICIARIO 8**

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

**Grado de Parentesco**

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

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

## VI.- CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD CON DOCUMENTOS ADJUNTOS

El Representante de los Beneficiarios que no notifique a Pacífico Seguros del fallecimiento de alguno de los beneficiarios, dando lugar a que se efectúe el cobro ilícito de la pensión que le correspondía al beneficiario fallecido, quedará obligado a devolver las pensiones indebidamente percibidas, o en su defecto Pacífico Seguros queda facultado para efectuar descuentos de las pensiones de sobrevivencia futuras hasta completar el total del monto de las pensiones indebidamente percibidas, conjuntamente con los intereses legales, gastos, tributos; sin perjuicio a las acciones civiles y penales a que hubiere lugar.

## VII.-DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

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 Representante de los Beneficiarios

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

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

\_\_\_\_\_ 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 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 el 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 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 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 \_\_\_\_\_