

SOLICITUD DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO

Para iniciar algún reclamo debe llenar completamente este formulario y entregarlo junto a la documentación mínima señalada en la sección III.

I.- DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Apellido Paterno:		Apellido Materno o de Casada:		Nombres:	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa):	Tipo Doc. Identificación (*):	No. Doc. Identificación:		Teléfono:	
DOMICILIO PARTICULAR					
Avenida (Av.) / Calle (Cl.) / Pasaje (P.) / Jirón (Jr.):			Número(No.) / Departamento (Dpto.) / Interior(Int.) / Manzana(Mz.) / Lote (Lte.) :		
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

Invalidez por Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>		Invalidez por Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>	
Fecha de ocurrencia:	Hora de ocurrencia:	Lugar de ocurrencia:	
Detalle las circunstancias en las que ocurrió el siniestro:			

III.- DOCUMENTOS QUE SUSTENTAN EL RECLAMO

Invalidez por Accidente de Trabajo	Invalidez por Enfermedad Profesional
1. Aviso de Accidente (firmado y sellado por la Empresa). <input type="checkbox"/>	1. Informe del empleador indicando récord laboral y fecha de diagnóstico de la enfermedad profesional. <input type="checkbox"/>
2. Informe del Departamento de Seguridad de la Empresa. <input type="checkbox"/>	2. Informe Médico y exámenes clínicos actuales que respalden su condición de invalidez. <input type="checkbox"/>
3. Informe Médico y exámenes clínicos actuales que respalden su condición de Invalidez. <input type="checkbox"/>	3. Exámenes ocupacionales de los últimos 4 años. <input type="checkbox"/>
4. Fotocopia simple del documento de identidad. <input type="checkbox"/>	4. Resumen de Historia Clínica (Epicrisis). <input type="checkbox"/>
5. Boleas de pago o Declaración Jurada del empleador acreditando las remuneraciones asegurables en los 12 meses previos al accidente. <input type="checkbox"/>	5. Fotocopia simple del documento de identidad del asegurado. <input type="checkbox"/>
	6. Boleas de pago o Declaración Jurada del empleador acreditando las remuneraciones asegurables en los 12 meses previos a la fecha de diagnóstico. <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.*

Los documentos legalizados entregados a la compa-ía para tramitar el pago de un beneficio, se convierten en propiedad de Pacífico Vida, 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.

IV.- ANTECEDENTES GENERALES DEL EVALUADO

Situación Actual: Activo <input type="checkbox"/>	Con subsidio de incapacidad temporal <input type="checkbox"/>	Nivel educativo:
Desempleado <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio de subsidio <input type="text" value=" / /"/>	Analfabeto <input type="checkbox"/>
	Fecha de término del subsidio <input type="text" value=" / /"/>	Primaria (nivel) <input type="checkbox"/>
		Secundaria (nivel) <input type="checkbox"/>
		Superior (nivel) <input type="checkbox"/>

Empleador 1		Actividad:		Sede:
Labor habitual:	Área de Trabajo:	Obrero/ Empleado:	Fecha de Ingreso:	Fecha de Cese:
Empleador 2		Actividad:		Sede:
Labor habitual:	Área de Trabajo:	Obrero/ Empleado:	Fecha de Ingreso:	Fecha de Cese:
Empleador 3		Actividad:		Sede:
Labor habitual:	Área de Trabajo:	Obrero/ Empleado:	Fecha de Ingreso:	Fecha de Cese:
Empleador 4		Actividad:		Sede:
Labor habitual:	Área de Trabajo:	Obrero/ Empleado:	Fecha de Ingreso:	Fecha de Cese:
Circunstancias que motivaron la invalidez:				
Diagnóstico:				
Observaciones:				

V.- BENEFICIARIOS

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

- Cónyuge o Concubino
- Hijos sanos menores de 18 años
- Hijos incapacitados de manera total y permanente para el trabajo
- Padres sanos mayores de 60 años y económicamente dependientes.
- Padres con Invalidez Permanente Total o Parcial

Nombres y Apellidos	Código ESSALUD	Fecha de Nacim.			Clave (*)	Sexo (**)	Inválido	
		Día	Mes	Año			Sí	No

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

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

VI.- INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre de la Empresa:		Persona de contacto (Nombre y Apellidos) :	
Teléfono :		E-mail :	
Dirección :			
Distrito :	Provincia :	Departamento :	

VII.- DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

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.
Doy mi consentimiento para someterme a los exámenes médicos adicionales que se estime conveniente para determinar la condición de invalidez.

Firma del Solicitante

Fecha: / /

Nombre completo: _____ 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 la sección III.
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 deberán entregar inmediatamente junto a la partida de defunción. Entregue esta solicitud en ORIGINAL junto a los documentos en el orden indicado en la sección III.
 Toda solicitud de pago de beneficiarios tiene un tiempo de proceso que está indicado en la póliza. Nosostros nos comunicaremos con ustedes para darle el resultado del trámite o requerir documentación adicional.