

Solicitud de Pago de Beneficios (Vida Individual y Accidentes Personales)

Para iniciar algún reclamo por un seguro de vida ley 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 VIDA.

Nº de Póliza		Tipo de Póliza	
Nombre del Asegurado		DNI	
Nombre del Contratante (*)		Monto Asegurado	

(*) Llenar solo si es distinto al asegurado.

I. INFORMACIÓN DEL DECLARANTE

Nombres y Apellidos		DNI	
Relación con el asegurado		Dirección	
Distrito		Provincia	
Teléfono fijo		Teléfono celular	
		Departamento	
		e-mail	

II. INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • MUERTE NATURAL <input type="radio"/> • MUERTE ACCIDENTAL <input type="radio"/> • INVALIDEZ TOTALY PERMANENTE POR ACCIDENTE <input type="radio"/> | <ul style="list-style-type: none"> • INVALIDEZ TOTALY PERMANENTE POR ENFERMEDAD <input type="radio"/> • OTROS _____ <input type="radio"/> |
|--|---|

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

Firma:

III. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Esta sección debe llenarse obligatoriamente independientemente de la causa del siniestro

Actividad laboral		Ultimo día de trabajo	
Descripción de la última 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:

Nombres	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 US\$	Fecha de Emisión

IV. DOCUMENTOS QUE SUSTENTAN EL RECLAMO

MUERTE NATURAL 1. Documento de identidad del asegurado <input type="radio"/> 2. Certificado de defunción completo <input type="radio"/> 3. Partida de defunción completa <input type="radio"/> 4. Formato de compañía IMA 1 (*) <input type="radio"/> 5. La Póliza ORIGINAL <input type="radio"/> 6. Copia de la Historia Clínica Completa <input type="radio"/>	INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE 1. Documento de identidad del asegurado <input type="radio"/> 2. Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico <input type="radio"/> 3. Atestado Policial completo <input type="radio"/> 4. Resultados del examen de dosaje etílico <input type="radio"/> 5. Resultados del examen toxicológico <input type="radio"/> 6. Copia de la Historia Clínica Completa <input type="radio"/>
MUERTE ACCIDENTAL 1. Documento de identidad del asegurado <input type="radio"/> 2. Informe de Necropsia <input type="radio"/> 3. Partida de defunción completa <input type="radio"/> 4. Atestado Policial completo <input type="radio"/> 5. Resultados de examen de dosaje etílico <input type="radio"/> 6. Resultados del examen toxicológico <input type="radio"/> 7. La Póliza ORIGINAL <input type="radio"/> 8. Copia de la Historia Clínica Completa <input type="radio"/>	INVALIDEZ PERMANENTE POR ENFERMEDAD 1. Documento de identidad del asegurado <input type="radio"/> 2. Formato de la compañía IMA 2 <input type="radio"/> 3. Examen Anatomopatológico (solo si es Cáncer) <input type="radio"/> 4. Informe médico indicando el diagnóstico y el pronóstico <input type="radio"/> 5. Copia de la historia médica Completa <input type="radio"/>
Si el cadáver no es encontrado debe entregarse los documentos 1, 3, a y 7 además de la Declaración Judicial de Muerte Presunta (cuando se emita).	HOSPITALIZACION 1. Documento de identidad del asegurado <input type="radio"/> 2. Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico <input type="radio"/> 3. Constancia de la institución hospitalaria Indicando fecha de ingreso y alta <input type="radio"/>
ADELANTO POR ENFERMEDAD TERMINAL 1. Documento de identidad del asegurado <input type="radio"/> 2. Informe médico indicando el diagnóstico y la esperanza de vida <input type="radio"/> 3. Formato de la compañía IMA 2 <input type="radio"/> 4. Examen Anatomopatológico (solo si es cáncer) <input type="radio"/>	BENEFICIO POR ENFERMEDADES GRAVES 1. Documento de identidad del asegurado <input type="radio"/> 2. Informe médico indicando el diagnóstico y la esperanza de vida <input type="radio"/> 3. Formato de la compañía IMA 2 <input type="radio"/> 4. Examen Anatomopatológico (solo si es cáncer) <input type="radio"/> 5. Copia de la Historia Clínica Completa <input type="radio"/>

Firma:

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 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.

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 la Partida de Nacimiento 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		Nº de documento	
Fecha de nacimiento	/ /	Nacionalidad	
Domicilio			
Profesión		Ocupación	
Empleador / Empresa donde labora		Ingreso Promedio Mensual US\$	
BENEFICIARIO 2			
Apellidos y Nombre(s)			
Tipo de documento		Nº de documento	
Fecha de nacimiento	/ /	Nacionalidad	
Domicilio			
Profesión		Ocupación	
Empleador / Empresa donde labora		Ingreso Promedio Mensual US\$	
BENEFICIARIO 3			
Apellidos y Nombre(s)			
Tipo de documento		Nº de documento	
Fecha de nacimiento	/ /	Nacionalidad	
Domicilio			
Profesión		Ocupación	
Empleador / Empresa donde labora		Ingreso Promedio Mensual US\$	
BENEFICIARIO 4			
Apellidos y Nombre(s)			
Tipo de documento		Nº de documento	
Fecha de nacimiento	/ /	Nacionalidad	
Domicilio			
Profesión		Ocupación	
Empleador / Empresa donde labora		Ingreso Promedio Mensual US\$	

Firma:

BENEFICIARIO 1			
Apellidos y Nombre(s)			
Tipo de documento		Nº de documento	
Fecha de nacimiento	/ /	Nacionalidad	
Domicilio			
Profesión		Ocupación	
Empleador / Empresa donde labora		Ingreso Promedio Mensual US\$	

BENEFICIARIO 2			
Apellidos y Nombre(s)			
Tipo de documento		Nº de documento	
Fecha de nacimiento	/ /	Nacionalidad	
Domicilio			
Profesión		Ocupación	
Empleador / Empresa donde labora		Ingreso Promedio Mensual US\$	

BENEFICIARIO 3			
Apellidos y Nombre(s)			
Tipo de documento		Nº de documento	
Fecha de nacimiento	/ /	Nacionalidad	
Domicilio			
Profesión		Ocupación	
Empleador / Empresa donde labora		Ingreso Promedio Mensual US\$	

VI. DECLARACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> 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. 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 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. 	
Firma Nombre: DNI: Teléfono: Fecha: ____ de ____ de ____	

NOTA IMPORTANTE
<ul style="list-style-type: none"> 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 II y VI. 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. El valor del crédito de estudios o de la pensión asegurables, se determinan de acuerdo a lo indicado en la póliza, la compañía no tiene responsabilidad de pago por incrementos en dicho concepto si es que no se ha especificado en la póliza. Entregue esta solicitud en ORIGINAL junto a los documentos en el orden indicado en las secciones II y IV. Toda solicitud de pago de beneficios tiene un tiempo de proceso el cual está indicado en la póliza. Nosotros nos comunicaremos con ustedes para comunicarles el resultado del trámite o requerir documentación adicional.

"Formato bajado desde la web. El tamaño de 3 milímetros podría verse afectado en atención al papel o tipo de impresora que usted utilice".