

# SOLICITUD DE PENSION DE INVALIDEZ

Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SEGATEP

## I DATOS DEL ASEGURADO:

ASEGURADO : \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DOCUMENTO DE IDENTIDAD : \_\_\_\_\_  
DOMICILIO : \_\_\_\_\_  
DISTRITO : \_\_\_\_\_ TELEFONO : \_\_\_\_\_

II DATOS DE LA POLIZA: NRO. POLIZA : \_\_\_\_\_  
EMPLEADOR : \_\_\_\_\_  
DOMICILIO : \_\_\_\_\_  
DISTRITO : \_\_\_\_\_ TELEFONO : \_\_\_\_\_

## III DATOS DEL SINIESTRO Y LA PENSION:

FECHA DE SINIESTRO : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ LUGAR DEL SINIESTRO : \_\_\_\_\_  
CAUSA DE LA INVALIDEZ : \_\_\_\_\_

TIPO DE INVALIDEZ	NATURALEZA	GRADO	MENOSCABO	Gran Invalidez	<input type="checkbox"/>
	Temporal <input type="checkbox"/>	Total <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	Invalidez parcial permanente inferior al 50%	<input type="checkbox"/>
	Permanente <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>			

## IV DATOS DE LOS BENEFICIARIOS:

Yo, \_\_\_\_\_ con D.N.I. No. \_\_\_\_\_

DECLARO BAJO JURAMENTO, que para efectos de la eventual pensión de invalidez que me correspondería por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SEGATEP,

- ( ) A. NO TENGO BENEFICIARIOS  
( ) B. MIS BENEFICIARIOS SON LOS SIGUIENTES:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Nacimiento (dd/mm/aa)	Sexo	Cod. (*)	Sano (S) / Inválido (I)

(1) Titular (2) Cónyuge (3) Concubino(a) (4) Hijo(a) (5) Padre / Madre

Fecha : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de Recepción : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Firma y Sello de La Positiva \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS ADJUNTOS:**

**Documentos de Beneficiarios:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge                      | Documento de identidad<br>Partida de Matrimonio Civil          | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Concubino                    | Documento de identidad<br>Decl. Jud. Concubinato / Solicitud   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hijos                        | Partida de Nacimiento ( ..... Hijos)<br>Documento de identidad | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Padre / Madre                | Documento de identidad   | <input type="checkbox"/>                             |
| P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Partida de Nacimiento del asegurado                            | <input type="checkbox"/>                             |
| P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Boletas de pago/Cert. Imp.a la Renta                           | <input type="checkbox"/>                             |
| P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Decl. Jurada de Dependencia Econ.                              | <input type="checkbox"/>                             |

**Otros Documentos:**

- Boletas de Pago / Decl Jurada Empleador
- Carta de Representación de Beneficiarios
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_