

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

☐

DNI

☐

C.E.

☐

Otro (Especificar):

NRO. DOC. IDENTIDAD:

APELLIDOS Y NOMBRES:

CORREO ELECTRÓNICO:

TIPO DE ASEGURADO:

☐

REGULAR

☐

AGRARIO

☐

POTESTATIVO

CONVENIO CON EL CGBVP

☐

NRO. DE RUC DEL EMPLEADOR (Sólo si es asegurado regular o agrario dependiente):

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONCUBINO(A)

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

☐

DNI

☐

C.E.

☐

Otro (Especificar):

NRO. DOC. IDENTIDAD:

APELLIDOS Y NOMBRES:

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO(S)

TIPO DOC. IDENT.	NRO. DOC. IDENT.	APELLIDOS Y NOMBRES	%

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento, que la información consignada en el presente formulario es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar.

Autorizo que las notificaciones de actos administrativos se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario: ☐ SI ☐ NO

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

FIRMA Y SELLO DE ESSALUD

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

☐

DNI

☐

C.E.

☐

Otro (Especificar):

NRO. DOC. IDENTIDAD:

APELLIDOS Y NOMBRES:

CORREO ELECTRÓNICO:

TIPO DE ASEGURADO:

☐

REGULAR

☐

AGRARIO

☐

POTESTATIVO

CONVENIO CON EL CGBVP

☐

NRO. DE RUC DEL EMPLEADOR (Sólo si es asegurado regular o agrario dependiente):

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONCUBINO(A)

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

☐

DNI

☐

C.E.

☐

Otro (Especificar):

NRO. DOC. IDENTIDAD:

APELLIDOS Y NOMBRES:

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO(S)

TIPO DOC. IDENT.	NRO. DOC. IDENT.	APELLIDOS Y NOMBRES	%

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento, que la información consignada en el presente formulario es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar.

Autorizo que las notificaciones de actos administrativos se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario: ☐ SI ☐ NO


FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

FIRMA Y SELLO DE ESSALUD

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO N° 6012

“REGISTRO DE TITULAR Y BENEFICIARIOS +VIDA SEGURO DE ACCIDENTES”

“Este formulario se utiliza para registrar al asegurado titular del +Vida Seguro de Accidentes y sus beneficiarios, con el fin de otorgar la indemnización correspondiente en caso de la ocurrencia de algún siniestro. Debe ser presentado en cualquier Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas a nivel nacional”



**REGISTRO DE TITULAR Y BENEFICIARIOS
+VIDA SEGURO DE ACCIDENTES**

FORMULARIO N° 6012
(versión 2)

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____	NRO. DOC. IDENTIDAD: _____
APELLIDOS Y NOMBRES: _____	
CORREO ELECTRÓNICO: _____	
TIPO DE ASEGURADO: <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> AGRARIO <input type="checkbox"/> POTESTATIVO	CONVENIO CON EL CGBVP <input type="checkbox"/>
NRO. DE RUC DEL EMPLEADOR (Sólo si es asegurado regular o agrario dependiente): _____	

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONCUBINO(A)

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____	NRO. DOC. IDENTIDAD: _____
APELLIDOS Y NOMBRES: _____	

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO(S)

TIPO DOC. IDENT.	NRO. DOC. IDENT.	APELLIDOS Y NOMBRES	%

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento, que la información consignada en el presente formulario es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar.

Autorizo que las notificaciones de actos administrativos se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario: ☐ SI ☐ NO

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

FIRMA Y SELLO DE ESSALUD

Marcar el tipo de documento de identidad del asegurado titular, “DNI” (Documento Nacional de Identidad); “C.E.” (Carné de Extranjería) u “Otro” (especificar).

Marcar: “REGULAR” para trabajador regular, “AGRARIO” para agrario dependiente o independiente, “POTESTATIVO” para afiliado potestativo de EsSalud.
Nota: El pescador y procesador pesquero artesanal independiente es considerado trabajador regular.

Marcar el tipo de documento de identidad del cónyuge o concubino(a) “DNI”, “C.E.”, u “Otro” (especificar).

Consignar el tipo de documento de identidad del/los beneficiario(s) “DNI” (Documento Nacional de Identidad); “C.E.” (Carné de Extranjería) u “Otro” (especificar).

Consignar el número del documento de identidad del beneficiario.

Consignar: Firma del asegurado titular afiliado al +Vida Seguro de Accidentes.

Consignar el número de documento de identidad, nombre completo y correo electrónico del asegurado titular.

Marcar en caso de ser declarados por el Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú (CGBVP).

Consignar el número de RUC del empleador (en caso de ser asegurado regular o agrario dependiente).

Consignar el número de documento de identidad y el nombre completo del cónyuge o concubino(a) del titular.

Consignar el nombre completo del beneficiario.

Consignar el porcentaje de la indemnización a otorgar a cada uno de los beneficiarios. El total debe sumar 100%.

Marcar en el recuadro, SI acepta o NO acepta ser notificado al correo electrónico consignado y declarado en el presente formulario.

Firma y sello de EsSalud indicando la fecha de recepción del formulario.

IMPORTANTE

- Llenar el formulario con letra imprenta y legible.
- No se aceptan borrones ni enmendaduras.
- Los datos de las personas y la firma deben ser idénticas a las consignadas en el documento de identidad.
- La información detallada será utilizada en caso de siniestro.