FORMULARIO DE RECEPCION DE DOCUMENTOS

SOLICITUD DE SOBREVIVENCIA RRVV (ORIGEN JUBILACION)

Caso Salesforce: _____

Oficina: _____

Fecha: .....

Señores:
La Positiva Vida
Referencia: Atención de Siniestros Vida

SCTR ☐ **RRVV** ☐ **RRPP** ☐

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellidos y Nombres: _____ **DNI:** ☐☐☐☐☐☐☐☐

Dirección: _____

Distrito: _____ Provincia: _____

Fecha de falleciento: _____ AFP y POLIZA: _____ -- _____

DATOS DEL DECLARANTE:

Apellidos y Nombres: _____ **DNI:** ☐☐☐☐☐☐☐☐

Dirección: _____ Telefonos o Celular: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Distrito: _____ Provincia: _____ Referencia: _____

Correo electrónico: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DECLARACION DE BENEFICIARIOS:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES COMPLETOS	TIPO DE BENEFICIARIO*	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa)	SEXO (M/F)	INVALIDO (SI /NO)

* Tipo de beneficiario: Conyuge, Concubino, Hijo, Hijo Invalido, Padre o Madre.

DOCUMENTOS ENTREGADOS:

***Los documentos de beneficiarios debe ser según el parentesco con el titular fallecido.**

1. DOCUMENTOS DEL TITULAR:

Certificado de defunción hoja completa (copia legible)	☐
Acta de defunción (original o copia legalizada)	☐
Copia DNI de asegurado titular	☐
Atestado policial en caso se muerte accidental (original o copia legalizada)	☐
Otro: _____	☐

2. DOCUMENTOS DE BENEFICIARIOS:

CONYUGE :	**Partida de matrimonio con una vigencia no mayor a 6 meses (original o copia legalizada)**	☐
	Resolución de union de hecho (original o copia legalizada)	☐
HIJOS :	**Partida de nacimiento del beneficiario (original o copia legalizada)**	☐
PADRES :	**Partida de nacimiento del titular (original o copia legalizada)**	☐
	Declaración jurada de dependencia económica	☐
TODOS :	**Copia DNI vigente de cada beneficiario**	☐
	Copia DNI de apoderado del menor de edad	☐
	Dictamen de Invalidez emitido por COMAFP O COMEC del beneficiario	☐
	Apertura de cuenta bancaria o voucher bancario de cada beneficiario (debe validarse nombre del beneficiario, núm cuenta, banco, moneda, CCI)	☐

Observaciones. _____

**** Declaro bajo juramento que toda la información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas, exactas y se encuentran actualizadas.***
**** La información correspondiente a domicilio, teléfono y correo electrónico de los beneficiarios debe ser llenada de forma obligatoria. El declarante autoriza a la Positiva Vida para que todas las comunicaciones necesarias para la evaluación, calificación y liquidación del Siniestro sean remitidas por cualquiera de los medios consignados en este documento.***

De acuerdo a la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento*, el solicitante da su consentimiento expreso previamente informado para la utilización de sus datos personales que se mencionan en el presente documento, asi como para poder transferirirlos a las empresas vinculadas con la Positiva Vida o con las que esta mantenga una relación contractual, cuando ello resulte necesario.*

FIRMA DEL DECLARANTE

La Positiva Vida se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales que considere necesarios para la evaluación de la solicitud presentada. La recepción de este documento no implica la aprobación del tramite.