

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 falsas 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 falsas 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)

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.

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 falsas 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

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 enmedaduras.
- 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.