

Declaración Jurada del Afiliado y/o Beneficiario que suscribe una solicitud de Evaluación y Calificación de Invalidez (SECI) en el Sistema Privado de Pensiones (SPP)

Señor(a) afiliado(a) o beneficiario(a):

Con el objetivo de optimizar el trámite de Evaluación y Calificación de Invalidez que usted ha iniciado, le agradeceremos que nos pueda proporcionar la información solicitada mediante la presente declaración jurada. Esta declaración servirá de apoyo a los Comités Médicos¹ para determinar su condición de invalidez.

Importante: Este documento contiene información importante que deberá tener en cuenta en su proceso de Evaluación y Calificación de Invalidez.

- Le recomendamos que la declaración sea llenada por usted o por algún familiar directo.
- Le informamos que los Comités Médicos no efectúan diagnóstico alguno, por lo que su condición de invalidez será principalmente determinada por la evaluación y valoración de los documentos médicos (incluye exámenes auxiliares o de laboratorio), laborales o administrativos, que usted presente como sustento. No obstante lo anteriormente señalado, en caso los comités consideren necesario ampliar o confirmar alguna otra información, podrán solicitar exámenes médicos de carácter específico o alguna otra información complementaria.
- Es importante señalar que, si el siniestro se encuentra comprendido bajo la cobertura del Régimen del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), su SECI no será evaluada por los Comités Médicos del SPP.
- En caso considere necesario ampliar algún aspecto de la información antes señalada, sírvase consultárnoslo.

I. DATOS PERSONALES:

A continuación, sírvase marcar con una "X" y llenar los espacios según corresponda:

¿Es usted afiliado(a) o beneficiario(a): Afiliado(a) Beneficiario(a)

Nombres y apellidos: _____

DNI: _____ CUSPP: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____ Sexo: M F

Lugar de nacimiento: _____ Ciudad de residencia actual: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de referencia: _____

Correo electrónico: _____

Estatura y Peso (Valores aproximados)

Estatura (m): _____

Peso (Kg): _____

Lateralidad²

Diestro

Zurdo

II. DATOS LABORALES:

A continuación, sírvase marcar con una "X" y llenar los espacios según corresponda:

Profesión: _____

Cargo (actual o el último que desempeñó): _____

Actividad que desarrolla (ocupación habitual): _____

Empleador (actual o el último): _____

¹ El Sistema Evaluador de Invalidez del SPP está conformado por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) -primera instancia- y el Comité Médico de la Superintendencia (COMEC) -segunda y última instancia administrativa-.

² Lateralidad: El presente punto busca precisar si usted utiliza la mano derecho o izquierda al momento de realizar sus actividades.

Giro del empleador³ (actual o el último): _____

Fecha en la que dejó de laborar (de ser el caso): _____

Motivo por el cual dejó de laborar: Renuncia voluntaria Despido Enfermedad Accidente
Otro motivo: _____

Si realiza o realizó alguna actividad como trabajador independiente, méncionela: _____

Mencione el nombre de las cinco (5) últimas empresas en las que ha laborado hasta la fecha:

1. _____	desde: _____	hasta: _____	ocupación: _____
2. _____	desde: _____	hasta: _____	ocupación: _____
3. _____	desde: _____	hasta: _____	ocupación: _____
4. _____	desde: _____	hasta: _____	ocupación: _____
5. _____	desde: _____	hasta: _____	ocupación: _____
6. _____	desde: _____	hasta: _____	ocupación: _____
7. _____	desde: _____	hasta: _____	ocupación: _____
8. _____	desde: _____	hasta: _____	ocupación: _____
9. _____	desde: _____	hasta: _____	ocupación: _____

III. DATOS DEL SINIESTRO⁴:

A continuación, sírvase marcar con una "X" y llenar los espacios según corresponda:

Tipo de siniestro: Accidente Enfermedad
Naturaleza del siniestro: Común Trabajo / Profesional

Detalle de accidente o enfermedad: _____

Empresa en la que labora o laboró al momento del siniestro: _____

¿Recibió subsidios de Essalud? Sí No Fecha de inicio: _____ Fecha de fin: _____

¿Conoce si está cubierto por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR)? Sí No

En caso estuviera cubierto por el SCTR, y cuenta con la información solicitada a continuación, sírvase llenar los siguientes espacios:

Nombre de la compañía de seguros contratada (SCTR): _____⁵

Grado de invalidez determinado por la compañía de seguros contratada (SCTR): _____⁶

Describa brevemente cómo el accidente o enfermedad antes mencionada, afecta su capacidad de trabajo: _____

A continuación, mencione la fecha aproximada del accidente o enfermedad y el estado actual. Cabe precisar que en caso tenga más de una enfermedad, también podrá indicarla:

Fecha	Accidente o enfermedad / estado actual
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

³ Giro de la empresa: Es la actividad que desarrolla la empresa. Ejemplos: Empresa textil, comercial, minera etc.

⁴ Suceso que origina la presentación de una Solicitud de Evaluación y Calificación de Invalidez (SECI).

⁵ El presente campo solo deberá ser llenado en caso esté cubierto por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR)

IV. DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

A continuación, sírvase marcar con una "X" según corresponda:

- ¿Requiere ayuda para movilizarse? Sí No
- ¿Requiere ayuda para alimentarse? Sí No
- ¿Requiere ayuda para asearse? Sí No
- ¿Requiere ayuda para vestirse? Sí No

V. INFORMACIÓN MÉDICA

A continuación, subraye los diagnósticos respecto a los cuales ha venido recibiendo tratamiento médico. En tal sentido, en caso tenga uno (1) o más diagnósticos, marque "Sí", caso contrario marque "No".

Letra	Diagnósticos	Marcar opción con una "X"
A	Convulsiones, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, Traumatismo encéfalo craneano (TEC), accidentes cerebro vasculares, aneurismas cerebrales, hidrocefalia, derrame cerebral, crisis isquémicas transitorias, encefalitis o cualquier otra enfermedad neurológica	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
B	Asma, enfisema, bronquitis crónica, neumonía, pulmonía, pleuresía, tuberculosis, o cualquier otra enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
C	Hipertensión arterial, angina o dolor en el pecho, infarto del miocardio, enfermedad coronaria, by pass o angioplastía coronaria, soplo cardiaco, arritmias, aneurismas, várices, flebitis o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
D	Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, hemorragias persistentes, manchas rojas en la piel, leucemia, linfoma, cáncer a la sangre, aplasia medular o cualquier otra enfermedad de la sangre o componentes del sistema hematopoyético como ganglios, vasos linfáticos y el bazo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E	Hepatitis B o C, cirrosis, pancreatitis, tumores del estómago o del intestino, colitis ulcerosa, hemorroides, enfermedad de Crohn u otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo como esófago, estómago, intestino, hígado, vesícula o páncreas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
F	Nefritis, cálculos renales, nefrectomía, riñones poliquísticos, insuficiencia renal hiperplasia, cáncer de próstata, presencia de albúmina, azúcar y/o sangre en la orina, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema genitourinario como riñón, uréter, vejiga, uretra, testículos o próstata	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
G	Enfermedades de transmisión sexual venéreas o SIDA o cualquier otra enfermedad de los órganos de reproducción o mamas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
H	Dermatitis, hemangiomas, psoriasis, secuela de quemaduras, lesiones ulceradas, melanoma, rosácea, herpes zoster u otras enfermedades dermatológicas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
I	Lumbago, Lumbociática, artritis, artrosis, gota, reumatismo, hernia de la columna, lesiones traumáticas, enfermedades autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, hueso, músculos y articulaciones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
J	Diabetes, intolerancia a la glucosa, bocio, hipertiroidismo o hipotiroidismo, obesidad, bulimia, anorexia, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
K	Cáncer, quistes, tumores benignos o malignos, nódulos, pólipos o enfermedades a los ganglios linfáticos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
L	Sordera, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

M	Labio leporino, pie bot, displasia de cadera, cardiopatías congénitas o cualquier otra anomalía, defecto físico, amputación o patología congénita	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
N	Sífilis, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH (SIDA) o cualquier otra enfermedad infecciosa	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
O	¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento por trastornos mentales o enfermedades psiquiátricas, como depresión, neurosis, psicosis, esquizofrenia o por problemas de dependencia con el alcohol y/o drogas o ha hecho uso o consume morfina, cocaína, LSD, marihuana u otro narcótico? ¿Usa de manera habitual sedantes, tranquilizantes o somníferos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
P	¿Tiene algún otro diagnóstico que no haya sido antes mencionado? Precisar:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso usted tenga uno (1) o más de los diagnósticos antes mencionados, en el siguiente recuadro deberá completar la información que corresponda:

Letra	Diagnóstico / Causa	Fecha de inicio	Fecha de fin	Tratamiento actual	Fecha último episodio	Nombre del médico tratante	Centro Médico
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Otros	Diagnóstico / Causa	Fecha de inicio	Fecha de fin	Tratamiento actual	Fecha último episodio	Nombre del médico tratante	Centro Médico
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

VI. OTRA INFORMACIÓN MÉDICA

A continuación, sírvase marcar con una "X" y llenar los espacios según corresponda:

Hospitalización	Marcar opción con una "X"	Fecha	Diagnóstico / Causa
¿Ha requerido hospitalización sin ser sometido(a) a intervención quirúrgica? (no considerar partos)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Ha sido intervenido(a) quirúrgicamente? (no considere cesárea)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Ha recibido alguna vez transfusión de sangre?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Tratamientos	Marcar opción con una "X"	Especificaciones
¿Utiliza algún tipo de prótesis u órtesis, tales como: audífonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos, muletas o silla de ruedas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál:

¿Ha sido diagnosticado con algún síndrome?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál:
¿Padece alguna enfermedad crónica?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál:
¿Ha recibido tratamiento de quimioterapia o radioterapia?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál:
¿Ha recibido tratamiento de hemodiálisis?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál:
¿Se le ha planteado la posibilidad futura de requerir un trasplante de órgano o se encuentra actualmente en proceso de selección para recibir un trasplante?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál:
¿Actualmente está tomando algún medicamento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál:
¿Ha recibido recomendación de su médico tratante para ser operado(a) o intervenido(a) quirúrgicamente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál:

Observaciones

IMPORTANTE:

Señor(a) Afiliado(a): Le informamos que su Solicitud de Evaluación y Calificación de Invalidez será atendida mediante la emisión de un dictamen, el cual establecerá una condición de "Sí califica" o "No califica" para invalidez en el SPP, condición determinada por aplicación del Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez (MECGI). En tal sentido, en caso usted "Sí califique", obtendrá el derecho a recibir una pensión de invalidez, la cual contará con cobertura del Seguro de Invalidez, Sobrevivencia y Gastos de Sepelio, dependiendo de la fecha de ocurrencia determinada en el referido dictamen. Asimismo, respecto al presente punto, es importante señalar que, en caso usted tenga alguna duda o consulta, deberá acercarse ante su AFP para solicitar la orientación y asesoría correspondiente.

En mi condición de solicitante de evaluación y calificación de invalidez, declaro que las respuestas a cada una de las preguntas que se encuentran en esta Declaración Jurada son verdaderas; además, conozco que el falseamiento o adulteración de información que incurra intencionalmente, a fin de acreditar una condición que no poseo, será causal para la adopción de las acciones que correspondan. Acepto que el presente documento forme parte de mi Solicitud de Evaluación y Calificación de Invalidez, por lo que su contenido, podrá ser tomado en cuenta por el COMAFP o COMEC, según corresponda.

Fecha: _____

Firma del afiliado(a) y/o beneficiario(a): _____

Apellidos y nombres del afiliado(a) y/o beneficiario(a): _____

DNI: _____

