Envíenos esta solicitud al fax: (511) 330 4603

PACIFICOVIDA seguros de vida

Para cualquier consulta comuníquese al 0-800-1-VIDA servicio gratuito al asegurado

PACIFICO VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS
SOLICITUD DE GASTOS DE SEPELIO

1. IDENTIFICACION DEL AFILIADO

Apellido Paterno	Apellido Materno o de Casada	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	Tipo de Identificación (1)	N° Doc. de Identificación	Teléfono
DOMICILIO PARTICULAR			
Avenida(Av.)/Calle(Cl.)/Pasaje(Pj.)/Jirón((Jr.)	Número(N°)/Departamento(Dpto.)/Interior(int.)/Manzana(Mz.)/Lote(Lte.)		
Distrito	Provincia	Departamento	

(1) Tipo de documento de identidad: 00=Libreta Electoral 01=Carné de Extranjería
02=Carné de Identificación Militar – Policial 03=Libreta del Adolescente Trabajador
04=Documento Nacional de Identidad

2. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN

- Certificado de Defunción ☐
- Boletas de Venta y/o Facturas ☐
- Fecha del fallecimiento ----------
- Otros documentos (especificar) ----------
- Circunstancias del fallecimiento ----------

---

3. IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE DEL PAGO DE LOS GASTOS DE SEPELIO

Nombre Completo o Razón Social				
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	Tipo de Identificación (2)	N° Doc. de Identificación	Relación con el Afiliado(3)	Teléfono
DOMICILIO PARTICULAR				
Avenida(Av.)/Calle(Cl.)/Pasaje(Pj.)/Jirón((Jr.)	Número(N°)/Departamento(Dpto.)/Interior(int.)/Manzana(Mz.)/Lote(Lte.)			
Distrito	Provincia	Departamento		

(2) Tipo de documento de identidad: 00=Libreta Electoral 01=Carné de Extranjería,
02=Carné de Identificación Militar – Policial 03=Libreta del Adolescente Trabajador
04=Documento Nacional de Identidad

(3) 1=Cónyuge 2=Concubino 3=Hijo 4=Padre o Madre, 5=Representante de los beneficiarios 6=Otros(especificar)

_____ de _____ del _____

_____
Firma del Solicitante

_____
Sello y Firma del Representante de
Pacífico Vida