

**DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO - SEGURO DE VIDA LEY TRABAJADORES
 (D. LEG. 688)**

Formulo la presente Declaración de Beneficiarios de acuerdo a lo establecido en el Decreto Legislativo 688, para lo cual legalizo mi firma ante Notario Público, conforme a lo siguiente:

Primeros Beneficiarios (Cónyuge o Conviviente* y Descendientes del Asegurado)			
Nombres y Apellidos	DNI	Parentesco	Dirección

* En caso del Conviviente se requiere que el periodo de convivencia sea continuo y por un mínimo de 2 años, y que ninguno de los convivientes tenga vínculo matrimonial, conforme al artículo 326° del Código Civil.

(Sólo llenar ante la falta de los Primeros Beneficiarios indicados en el acápite anterior) Beneficiarios (Ascendientes y Hermanos menores de 18 años)			
Nombres y Apellidos	DNI	Parentesco	Dirección

Nombre y Apellidos del Asegurado: _____

DNI N°: _____ **Correo Electrónico:** _____

Nombre del Empleador: _____

Importante:

- En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el BENEFICIARIO será el ASEGURADO.
- Se considera nula la designación como BENEFICIARIO de cualquier persona que no cumpla con los vínculos de parentesco determinados en la Ley de Consolidación de Beneficios Sociales, Ley 688, expuestos en los cuadros precedentes.
- Si alguna de las personas designadas como BENEFICIARIOS en el presente documento ha perdido el parentesco declarado a la fecha de ocurrencia del siniestro, no tendrá derecho a beneficio alguno.
- El importe total a pagar de la indemnización en caso de ocurrencia del siniestro, se divide en partes iguales entre todas los BENEFICIARIOS que, a la fecha del siniestro, cumplan con los requisitos para ser considerados como tales, declarados en el presente documento o en el testamento por escritura pública si éste es posterior a la declaración jurada.

**Firma del Asegurado
 (Legalizada por Notario o Juzgado de Paz, a falta de Notario)**