

Lima,..... de..... de 2023.

Señora  
**GLORIA NORMA OBREGON CASTILLO**  
Jefe de Área de Seguros del  
Congreso de la República

Mediante la presente carta la saludo cordialmente y comunico mi decisión de elegir las atenciones médicas de mi persona y mi familia, según sea el caso, única y exclusivamente a través de ESSALUD.

Manifiesto por escrito lo señalado, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 26790 y al D.S. N° 009-97-SA, sobre la Ley de Modernización de la Seguridad Social.

Declaro, asimismo conocer y aceptar las condiciones de atención de ESSALUD en cuanto a los periodos y carencia y afiliación de mis familiares. Asimismo, he tomado conocimiento que solo una vez al año tengo la posibilidad de trasladarme de un sistema de salud a otros (de EPS a ESSALUD o viceversa).

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Nombres y Apellidos:.....

Código N°:.....

DNI N°:.....

Celular:.....

## DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIOS SEGURO VIDA LEY D.L. N  688

Señores	Protecta S.A. Compa�a de Seguros
Ciudad	

Estimados señores:

Mediante el presente pongo en su conocimiento que, de acuerdo a lo establecido en el D.L. N  688 – Ley de Consolidación de Beneficios Sociales, suscribo la presente Declaración Jurada, legalizando mi firma ante Notario Público, con la finalidad de nombrar a los Beneficiarios del Seguro de Vida Ley en el cual me encuentro asegurado.

### Parte 1: PRIMER BENEFICIARIO(S)

Cónyuge o conviviente y descendientes sin restricción de edad (\*)

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Domicilio

(\*) Conviviente (de conformidad con lo establecido en el artículo 321 del Código Civil) y descendientes de conformidad con lo establecido en los artículos 816 y 817 del Código Civil.

Solo a falta de declaración del campo correspondiente a primer beneficiario: ascendientes y hermanos (menores de dieciocho años):

### Parte 2: A FALTA DE PRIMER BENEFICIARIO(S)

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Domicilio

- En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el Beneficiario será el propio Asegurado.
- En caso de impedimento de éste, el beneficio será abonado a su cónyuge, conviviente, curador o apoderado especial.
- Se considera nula la designación como beneficiario de cualquier persona que no cumpla con lo indicado en la Parte 1 y/o en la Parte 2 del presente documento.
- Si al ocurrir el fallecimiento y antes que Protecta Security hubiera efectuado el pago de la suma asegurada a los Beneficiarios designados en esta declaración, se presentara una persona que demuestre su calidad de beneficiario según lo establecido en el Artículo 1 del D.L. N  688, tendrá derecho a percibir un beneficio por este seguro. Si dicha persona se presentara después del pago del beneficio, podrá requerir el pago a los Beneficiarios que cobraron la póliza, quienes son responsables solidariamente por el pago de la alicuota correspondiente, conforme a lo entendido en el Artículo 15 del D.L. N  688.
- Es obligación del trabajador actualizar esta declaración en caso corresponda.

Nombres y Apellidos:	Documento de Identidad:
Empleador:	

Firma del Trabajador	Legalización Notarial
----------------------	-----------------------