



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

ANEXO 18

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 SE ENCUENTRA INICIANDO, LE AGRADECEREMOS PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA MEDIANTE LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA, LA CUAL SERÁ DE APOYO A LOS COMITÉS MÉDICOS¹ PARA DETERMINAR SU CONDICIÓN DE INVALIDEZ.

IMPORTANTE: SEÑOR(A) AFILIADO(A) O BENEFICIARIO(A), a continuación encontrará información importante que deberá tener en cuenta en su proceso de Evaluación y Calificación de Invalidez:

- Le recomendamos que la presente 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 valorización 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 consideraren necesario ampliar o confirmar alguna otra información, podrán solicitar exámenes médicos de carácter específico u alguna otra información complementaria.
- Asimismo, 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 considerare necesario ampliar algún aspecto de la información antes señalada, sírvase consultar ante su AFP.

I. DATOS PERSONALES:

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

<i>¿ES USTED AFILIADO(A) O BENEFICARIO(A)?</i>	AFILIADO(A) <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO(A) <input type="checkbox"/>
<i>NOMBRES Y APELLIDOS</i>		
<i>DNI</i>		<i>CUSPP</i>
<i>FECHA DE NACIMIENTO</i>		<i>EDAD ACTUAL</i>
		<i>SEXO</i> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<i>LUGAR DE NACIMIENTO</i>		<i>CIUDAD DE RESIDENCIA ACTUAL</i>
<i>TELÉFONO DE CASA</i>		<i>TELÉFONO CELULAR</i>
<i>TELÉFONO DEL TRABAJO</i>		<i>TELÉFONO DE REFERENCIA</i>
<i>CORREO ELECTRÓNICO</i>		

Estatura y Peso (Valores aproximados)		Lateralidad²	
<i>ESTATURA (m)</i>	<input type="text"/>	<i>PESO (kg)</i>	<input type="text"/>
		<i>DIESTRO</i> <input type="checkbox"/>	<i>ZURDO</i> <input type="checkbox"/>

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 derecha o izquierda al momento de realizar sus actividades.



ANEXO 18

II. DATOS LABORALES:

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

PROFESIÓN	
CARGO (Actual o el último que desempeñó)	
ACTIVIDAD QUE DESARROLLA (Ocupación habitual)	
EMPLEADOR (Actual o el último)	
GIRO DEL EMPLEADOR ³ (Actual o el último)	
FECHA EN LA QUE DEJÓ DE LABORAR (de ser el caso)	
MOTIVO POR EL CUAL DEJÓ DE LABORAR	Renuncia voluntaria <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____
SI REALIZA O REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD COMO TRABAJADOR INDEPENDIENTE, MENCIÓNELA	

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: _____

III. DATOS DEL SINIESTRO⁴:

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

TIPO DE SINIESTRO	Accidente		Enfermedad	
NATURALEZA DEL SINIESTRO	Común		Trabajo/Profesional	
DETALLE DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD				
EMPRESA EN LA QUE LABORA Ó LABORÓ AL MOMENTO DEL SINIESTRO				
¿RECIBIÓ SUBSIDIOS DE ESSALUD?	SI	NO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
¿CONOCE SI ESTÁ CUBIERTO POR EL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SCTR)?	SI		NO	

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

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS CONTRATADA (SCTR) ⁵	
GRADO DE INVALIDEZ DETERMINADO POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS CONTRATADA (SCTR) ⁶	

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 sólo deberá ser llenado en caso esté cubierto por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).

⁶ El presente campo sólo deberá ser llenado en caso esté cubierto por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR). Asimismo, cabe señalar que, en caso usted cuente con una Invalidez Permanente cubierta bajo el SCTR, tendrá el derecho a solicitar una pensión - bajo la modalidad de Retiro Programado- en el SPP. A mayor detalle, solicite información ante su AFP.



ANEXO 18

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

IV. DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

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

¿Requiere ayuda para movilizarse?	SI	NO
¿Requiere ayuda para alimentarse?	SI	NO
¿Requiere ayuda para asearse?	SI	NO
¿Requiere ayuda para vestirse?	SI	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 "SI", caso contrario marque "NO".

Letra	Diagnósticos	Marcar opción con una "X"
A	<i>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?</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
B	<i>Asma, enfisema, bronquitis crónica, neumonía, pulmonía, pleuresía, tuberculosis, o cualquier otra enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio?</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
C	<i>Hipertensión arterial, angina o dolor de pecho, infarto del miocardio, enfermedad coronaria, by pass, o angioplastia coronaria, soplo cardíaco, arritmias, aneurismas, várices, flebitis o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio?</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
D	<i>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?</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E	<i>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?</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
F	<i>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?</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
G	<i>Enfermedades de transmisión sexual venéreas o SIDA o cualquier otra enfermedad de los órganos de reproducción o mamas?</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
H	<i>Dermatitis, hemangiomas, psoriasis, secuela de quemaduras, lesiones ulceradas, melanoma, rosácea, herpes zoster u otras enfermedades dermatológicas?</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO 18

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?	SI <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?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
K	Cáncer, quistes, tumores benignos o malignos, nódulos, pólipos o enfermedades a los ganglios linfáticos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
L	Sordera, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta?	SI <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?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
N	Sífilis, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH (SIDA) o cualquier otra enfermedad infecciosa?	SI <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?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
P	¿Tiene algún otro diagnóstico que no haya sido antes mencionado? Precisar:	SI <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
				SI	NO			
				SI	NO			
				SI	NO			
				SI	NO			
				SI	NO			
				SI	NO			

Otros	Diagnóstico - Causa	Fecha de inicio	Fecha de fin	Tratamiento Actual		Fecha último Episodio	Nombre del Médico Tratante	Centro Médico
				SI	NO			
				SI	NO			
				SI	NO			
				SI	NO			

VI. OTRA INFORMACIÓN MÉDICA:

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

Hospitalización	Marcar opción con una "X"		Fecha	Diagnóstico - Causa
	SI	NO		
¿Ha requerido hospitalización sin ser sometido(a) a intervención quirúrgica? (No considerar partos)	SI	NO		
¿Ha sido intervenido(a) quirúrgicamente? (No considerar cesáreas)	SI	NO		
¿Ha recibido alguna vez transfusión de sangre?	SI	NO		



ANEXO 18

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?	SI	NO	Especifique cuál:
¿Ha sido diagnosticado con algún síndrome?	SI	NO	Especifique cuál:
¿Padece alguna enfermedad crónica?	SI	NO	Especifique cuál:
¿Ha recibido tratamiento de quimioterapia o radioterapia?	SI	NO	Especifique cuál y cuándo:
¿Ha recibido tratamiento de hemodiálisis?	SI	NO	Fecha de inicio:
¿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?	SI	NO	Especifique cuál:
¿Actualmente está tomando algún medicamento?	SI	NO	Especificar causa y medicamento:
¿Ha recibido recomendación de su médico tratante para ser operado(a) o intervenido(a) quirúrgicamente?	SI	NO	Especificar tipo de operación y fecha programada:

VII. 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 ó 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: _____