

**SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, Y DECLARACIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL (ET) O CÁNCER (C)**
  
 N° de Solicitud

CUSPP

**SECCIÓN I. PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN**
**I.1 TIPO DE SOLICITUD**    Invalidez     Invalidez y Cáncer     Invalidez y Enfermedad terminal 
**I.2 NATURALEZA DE LA SOLICITUD**    Primera solicitud     Cambios en el estado de invalidez 
**I.3 IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO**

Apellido Paterno		Apellido Materno o de Casada		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)		Tipo doc. Identidad (*)		N°.Doc.Identidad		Teléfono	
<b>DOMICILIO PARTICULAR</b>							
Avenida(Av.)/Calle(Cl.)/Pasaje(Pj.)/Jirón(Jr.)				Número(N°)/Departamento(Dpto.)/Interior(Int.)/Manzana(Mz.)/Lote(Lte.)			
Distrito		Provincia			Departamento		

(\*) 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.

**I.4 BENEFICIARIOS (Llenar los datos de los beneficiarios sólo en el caso de que el mismo afiliado sea el evaluado)**

Apellido Paterno	Apellido Materno o de Casada	Nombres	Tipo de Beneficiario (**)	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo (M / F)	Inválido	
						Si	No

(\*\*) Tipo de Beneficiario: (1) Cónyuge, (2) Concubino, (3) Hijo, (4) Padre o Madre

**I.5 IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADO ( Llenar esta información sólo en el caso de que el evaluado no sea el afiliado)**

Apellido Paterno		Apellido Materno o de Casada		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)		Tipo doc. Identidad (*)		N°.Doc.Identidad		Teléfono	
<b>DOMICILIO PARTICULAR</b>							
Avenida(Av.)/Calle(Cl.)/Pasaje(Pj.)/Jirón(Jr.)				Número(N°)/Departamento(Dpto.)/Interior(Int.)/Manzana(Mz.)/Lote(Lte.)			
Distrito		Provincia			Departamento		

(\*) 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.

**I.6 ANTECEDENTES GENERALES DEL EVALUADO**

1. Clave del parentesco (\*\*):  2. Sexo

3. Actividad laboral desarrollada (especificar si es una rama comprendida en el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo):  
\_\_\_\_\_

3. Situación actual: Activo  Desempleado  Con subsidio de incapacidad temporal   
Fecha de término del subsidio \_\_\_\_\_

4. Nivel educativo: Analfabeto:  Ed. Primaria (nivel):  Ed. Secundaria (nivel):   
Ed. Superior (nivel):

(\*\*) Clave del parentesco: (0) Afiliado, (1) Cónyuge, (2) Concubino, (3) Hijo, (4) Padre o Madre

**SECCIÓN II. NATURALEZA DE LA CLASIFICACIÓN**

**II.1 INVALIDEZ**

1. Calificación actual (llenar sólo en caso de cambios en el estado de invalidez): Naturaleza: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

2. Circunstancias que la motivaron: \_\_\_\_\_

3. Documentos que se adjunt  + Historia Clínica  Nombre: \_\_\_\_\_ Registro C.M.P.  
 + Informe Médico   
 + Atestado Policial  Nombre: \_\_\_\_\_ Registro C.M.P.  
 + Otros documentos (especificar) \_\_\_\_\_

4. Diagnóstico: \_\_\_\_\_

5. Observaciones: \_\_\_\_\_

**II.2 ENFERMEDAD TERMINAL O CÁNCER**

1. Circunstancias que la motivaron: \_\_\_\_\_

2. Documentos que se adjuntan: Declaración Jurada de Médico Tratante de Afiliado con condición de Enfermedad Terminal   
Declaración Jurada de Médico Tratante de Afiliado con diagnóstico de Cáncer que reduce la expectativa de vida

3. Diagnóstico: \_\_\_\_\_

4. Observaciones: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE**

En mi condición de solicitante de evaluación y calificación de invalidez, Enfermedad terminal o Cáncer autorizo al médico tratante para que suministre al Comité Médico, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes de laboratorio, etc, dispensándolo del secreto profesional.

..... de ..... de .....

\_\_\_\_\_ Firma del Solicitante

Nombre y Apellidos:  
Tipo y N° Doc. Identidad:

**SECCIÓN IV. DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA AFP**

En mi condición de Representante de la AFP, certifico que el solicitante ha cumplido con entregar los documentos señalados como literales a) y b) del artículo 195° del Título VII, motivo por el cual, la presente solicitud se admite a trámite.

..... de ..... de .....

\_\_\_\_\_ Representante de la AFP

Nombre y Apellidos:  
Cargo que ocupa: