|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS NECESARIOS PARA SOLICTAR LA INDEMNIZACION** **DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN EN CASO DE SINIESTRO***Nombre del Cliente Asegurado:**Tipo de Seguro: Nº de Cuenta:* ***Datos de Solicitante de la indemnización:****Nombre:**Dirección:**DOI:**Teléfono de Casa: Teléfono de Oficina: Celular:* *Correo Electrónico:****Documentación Necesaria por Tipo de Siniestro (\*)***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Muerte Natural:*** |  |
| 1. DNI o Partida de Nacimiento del Asegurado
 |  |
| 1. Certificado Médico de Defunción
 |  |
| 1. Partida de Defunción
 |  |
| 1. Resumen de Historia Clínica o Informe Medico
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Muerte Accidental:*** |  |
| 1. Los mismos documentos para Muerte Natural, mas los siguientes:
 |  |
| 1. Parte y Atestado Policial
 |  |
| 1. Certificado de Autopsia o Necropsia
 |  |
| 1. Protocolo de Autopsia o Necropsia
 |  |
| 1. Examen Toxicológico
 |  |
| 1. Dosaje Etílico
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Invalidez por Enfermedad:*** |  |
| 1. Certificado de Invalidez emitido por ESSALUD o el Médico que lo asistió
 |  |
| 1. DNI del Asegurado.
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Invalidez por Accidente:*** |  |
| 1. Certificado de Invalidez emitido por ESSALUD o el Médico que lo asistió
 |  |
| 1. Atestado Policial
 |  |
| 1. DNI del Asegurado.
 |  |

***Muy Importante*** (\*)El solicitante deberá :* Presentar los documentos COMPLETOS, en original o copia legalizada, en un plazo menos a un año desde la fecha del deceso o del accidente del cliente asegurado.
* Presentar los documentos adicionales que podría solicitar la Cía. De Seguros.

El Gerente de Oficina / Funcionario de Negocio / Funcionario Banca de Crédito Especial deberá:* Revisar los documentos presentados por el solicitante, de acuerdo al tipo de siniestro arriba indicado.
* Remitir este formulario, con la documentación completa, al Área de Seguros.
* Realizar las consultas necesarias al Área de Seguros.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Solicitante | Firma y Sello del Funcionario |
|  | Nombre de la Agencia / Banca |
|  | Fecha de Recepción |

*Cualquier consulta comunicarse al Centro de Seguros a los teléfonos:  2116000 anexo 18233, 18214, 18224, 18212*  |