|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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* |