

# SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN + VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

(VERSIÓN: 01)

USO INTERNO  
N° Exp. \_\_\_\_\_USO INTERNO  
N° Folios \_\_\_\_\_

## I. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres	
Código Tabla N°1	N° Doc. identidad	Código Tabla N°2	Tipo de seguro		

## II. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres	
Código Tabla N°1	N° Doc. identidad	Celular / Referencia	Teléfono 1 / Referencia	Teléfono 2 / Referencia	
Dirección donde se enviará la correspondencia					
Referencia de la dirección			Departamento	Provincia	
Distrito			Correo electrónico		

## III. DATOS DEL SINIESTRO / ACCIDENTE

Código Tabla N°3	Tipo de siniestro	Fecha del accidente / /	Lugar del accidente (departamento)	Código Tabla N°4	Tipo de accidente
Explique brevemente cómo ocurrió el accidente					

## IV. DOCUMENTOS QUE ADJUNTA PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN

Marque con una aspa (x) en los espacios en blanco los documentos que presenta de acuerdo a los requisitos por cobertura:

N°	REQUISITOS POR COBERTURA (Tabla N° 5)	MT	MTC	MC	IPTT	
					IPPT	IPTC
1	Formulario de Registro de Titular y Beneficiarios.					
2	Atestado policial completo. En caso de ser titular, no se presenta si el accidente fue en el trabajo.					
3	Aviso de accidente o Informe del empleador en caso de accidente de trabajo, indicando las incidencias del mismo.					
4	Protocolo de necropsia.					
5	Acta o partida de defunción.					
6	Informe médico (todas las atenciones recibidas).					
7	Fotocopia de documento de identidad del afiliado titular; del cónyuge o concubino(a) en caso de MC o IPTC.					
8	Fotocopia de documento de identidad de beneficiarios.					
9	Certificado de incapacidad física para el trabajo de los hijos mayores de 18 años, en caso de desamparo familiar súbito.					
10	Sentencia firme, en caso de muerte por negligencia médica.					
11	Última ecografía del embarazo, en caso de fallecimiento del afiliado titular (padre) cuando la cónyuge o concubina se encuentra embarazada (hijo póstumo).					
12	Partida de matrimonio (también se requiere en caso de cobertura adicional de hijo póstumo).					

Para las coberturas adicionales especiales se tendrá en cuenta lo siguiente:

Para el beneficio del pago adelantado por luto (titular y cónyuge o concubina) deberá presentar Certificado de Defunción y Parte policial. Para el servicio de Sepelio (solo para el titular) deberá presentar Certificado de Defunción o Necropsia de Ley. Solo en los lugares donde la aseguradora no cuente con agencia ni oficina se reembolsará previa presentación del comprobante de pago, hasta la suma asegurada de esta cobertura.

**Importante:**

- Los documentos presentados deben ser originales o copias fotostáticas legalizadas o autenticadas por fedatarios de EsSalud. Las copias de documentos de otras entidades deben ser autenticadas por sus propios funcionarios autorizados. El Formulario de Registro de Beneficiarios debe ser original.
- Para la evaluación definitiva de la solicitud se deberá presentar todos los requisitos indicados en el presente formulario. Asimismo, la aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales para la verificación del siniestro.
- En caso de siniestros ocurridos antes del 01/06/2007, y de no existir formulario de registro de afiliados y/o beneficiarios, presentar el testamento o auto de declaratoria de herederos debidamente inscrito en Registros Públicos.
- En caso el asegurado siniestrado haya participado como "chofer" adjuntar la licencia de conducir vigente a la fecha del accidente, la tarjeta de propiedad del vehículo y los resultados del análisis toxicológico y de alcoholemia (dosaje etílico).
- Para el pago de indemnización a los beneficiarios menores de edad, entregar los formatos de apertura de cuenta de ahorros del menor donde la aseguradora depositará la indemnización.
- En caso de asegurados del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú, y de no existir formulario de registro de beneficiarios, presentar el testamento o auto de declaratoria de herederos debidamente inscrito en Registros Públicos.

Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Agencia / Oficina: \_\_\_\_\_

El solicitante declara bajo juramento que toda la información consignada en este formulario y la documentación que adjunta son fidedignos:

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de EsSalud

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de la aseguradora

Asegurador



# SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN + VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

(VERSIÓN: 01)

USO INTERNO  
N° Exp. \_\_\_\_\_USO INTERNO  
N° Fojos \_\_\_\_\_

## I. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres	
Código Tabla N°1	N° Doc. identidad	Código Tabla N°2	Tipo de seguro		

## II. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres	
Código Tabla N°1	N° Doc. identidad	Celular / Referencia	Teléfono 1 / Referencia	Teléfono 2 / Referencia	
Dirección donde se enviará la correspondencia					
Referencia de la dirección			Departamento	Provincia	
Distrito			Correo electrónico		

## III. DATOS DEL SINIESTRO / ACCIDENTE

Código Tabla N°3	Tipo de siniestro	Fecha del accidente / /	Lugar del accidente (departamento)	Código Tabla N°4	Tipo de accidente
Explique brevemente cómo ocurrió el accidente					

## IV. DOCUMENTOS QUE ADJUNTA PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN

Marque con una aspa (x) en los espacios en blanco los documentos que presenta de acuerdo a los requisitos por cobertura:

A S E G U R A D O R	N°	REQUISITOS POR COBERTURA (Tabla N° 5)	MT	MTC	MC	IPTT	
						IPPT	IPTC
	1	Formulario de Registro de Titular y Beneficiarios.					
	2	Atestado policial completo. En caso de ser titular, no se presenta si el accidente fue en el trabajo.					
	3	Aviso de accidente o Informe del empleador en caso de accidente de trabajo, indicando las incidencias del mismo.					
	4	Protocolo de necropsia.					
	5	Acta o partida de defunción.					
	6	Informe médico (todas las atenciones recibidas).					
	7	Fotocopia de documento de identidad del afiliado titular; del cónyuge o concubino(a) en caso de MC o IPTC.					
	8	Fotocopia de documento de identidad de beneficiarios.					
	9	Certificado de incapacidad física para el trabajo de los hijos mayores de 18 años, en caso de desamparo familiar súbito.					
	10	Sentencia firme, en caso de muerte por negligencia médica.					
	11	Última ecografía del embarazo, en caso de fallecimiento del afiliado titular (padre) cuando la cónyuge o concubina se encuentra embarazada (hijo póstumo).					
	12	Partida de matrimonio (también se requiere en caso de cobertura adicional de hijo póstumo).					

Para las coberturas adicionales especiales se tendrá en cuenta lo siguiente:

Para el beneficio del pago adelantado por luto (titular y cónyuge o concubina) deberá presentar Certificado de Defunción y Parte policial. Para el servicio de Sepelio (solo para el titular) deberá presentar Certificado de Defunción o Necropsia de Ley. Solo en los lugares donde la aseguradora no cuente con agencia ni oficina se reembolsará previa presentación del comprobante de pago, hasta la suma asegurada de esta cobertura.

**Importante:**

- Los documentos presentados deben ser originales o copias fotostáticas legalizadas o autenticadas por fedatarios de EsSalud. Las copias de documentos de otras entidades deben ser autenticadas por sus propios funcionarios autorizados. El Formulario de Registro de Beneficiarios debe ser original.
- Para la evaluación definitiva de la solicitud se deberá presentar todos los requisitos indicados en el presente formulario. Asimismo, la aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales para la verificación del siniestro.
- En caso de siniestros ocurridos antes del 01/06/2007, y de no existir formulario de registro de afiliados y/o beneficiarios, presentar el testamento o auto de declaratoria de herederos debidamente inscrito en Registros Públicos.
- En caso el asegurado siniestrado haya participado como "chofer" adjuntar la licencia de conducir vigente a la fecha del accidente, la tarjeta de propiedad del vehículo y los resultados del análisis toxicológico y de alcoholemia (dosaje etílico).
- Para el pago de indemnización a los beneficiarios menores de edad, entregar los formatos de apertura de cuenta de ahorros del menor donde la aseguradora depositará la indemnización.
- En caso de asegurados del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú, y de no existir formulario de registro de beneficiarios, presentar el testamento o auto de declaratoria de herederos debidamente inscrito en Registros Públicos.

Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Agencia / Oficina: \_\_\_\_\_

El solicitante declara bajo juramento que toda la información consignada en este formulario y la documentación que adjunta son fidedignos:

Firma del solicitante

Firma y sello de EsSalud

Firma y sello de la aseguradora

Usuario

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR ESTE FORMULARIO (F9000)

### 1. ¿Cuándo utilizo este formulario?

- Se utiliza para solicitar la indemnización en caso de siniestro de +Vida Seguro de Accidentes.
- Se presenta en las agencias de EsSalud de Lima y Callao y en las Oficinas de Aseguramiento de EsSalud en provincias, debidamente llenado y adjuntando los requisitos indicados en el mismo formulario.

### 2. ¿Cómo lleno este formulario?

- Llenar todos los campos con letra imprenta, dar la información completa y precisa.
- Para los campos que indique un N° de Tabla, escribir los datos según la información de la tabla ubicada en esta hoja.
- En los "Datos del solicitante", cuando se solicita el celular o teléfono, indicar si pertenece a un familiar o amigo.

TABLA N° 1  
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Código	Descripción
1	D.N.I.
4	Carné de extranjería
7	Pasaporte
11	Partida de nacimiento

TABLA N° 2  
TIPO DE SEGURO (Salud)

Código	Descripción
1	Seguro Regular
2	Seguro de Salud Agrario Dependiente
3	Seguro de Salud Agrario Independiente
4	Pescador y Procesador Pesquero Artesanal Independiente
5	Bombero activo del CGBVP
6	Trabajador de construcción civil
7	Seguro Potestativo - EsSalud Independiente
8	Seguro Potestativo - EsSalud Personal Familiar
9	Seguro Potestativo - Plan Protección Total
10	Seguro Potestativo - Plan Protección Vital
11	Seguro EsSalud Independiente
12	Otro: _____

TABLA N° 3  
TIPO DE SINIESTRO

Código	Descripción
MA	Muerte accidental
IPT	Invalidez permanente total
IPP	Invalidez permanente parcial

TABLA N° 4  
TIPO DE ACCIDENTE

Código	Descripción
1	Accidente aéreo
2	Accidente de tránsito
3	Accidente en domicilio
4	Accidente en la vía pública
5	Ahogamiento
6	Arma de fuego
7	Asalto - robo
8	Desastre natural
9	Electrocución
10	Estrangulación
11	Homicidio
12	Picadura
13	Quemadura
14	Accidente en centros de educación y capacitación
15	Accidente deportivo
16	Accidente de trabajo - Minería
17	Accidente de trabajo - Pesca
18	Accidente de trabajo - Agricultura y ganadería
19	Accidente de trabajo - Industria textil
20	Accidente de trabajo - Construcción civil
21	Accidente de trabajo - Centrales eléctricas
22	Accidente de trabajo - Plantas petroleras y gasíferas
23	Accidente de trabajo - Plantas industriales
24	Accidente de trabajo - Agentes de seguridad
25	Accidente de trabajo - Operador maquinaria pesada
26	Accidente de trabajo - Ministerios y municipalidades
27	Accidente de trabajo - Entidades del Estado
28	Accidente de trabajo - Entidades privadas

TABLA N° 5  
TIPO DE COBERTURA

Código	Descripción
MT	Muerte accidental del titular
MC	Muerte accidental del cónyuge/concubino(a) declarado
MTC	Muerte accidental del titular y cónyuge/concubino(a) declarado
IPTT	Invalidez permanente total del titular
IPPT	Invalidez permanente parcial del titular
IPTC	Invalidez permanente total del cónyuge/conviviente declarado
BL	Beneficio por luto
SS	Servicio de sepelio
MNM	Muerte por negligencia médica
CF	Canasta familiar
DFS	Desamparo familiar súbito
HP	Hijo póstumo
CAUSAL	Coberturas adicionales por causal