

Formato de Solicitud

Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras

Fecha de Solicitud:

Marque con una X el (los) tramite(s) solicitado(s)

Es la fecha en que se entrega completa la documentación

Fallecimiento []	Servicios Funerarios []	Indemnización por hospitalización []
Diagnóstico de Cáncer []	Indemnización por Cirugía []	Indemnización por Daños []

I. PARA SER COMPLETADA POR COLABORADOR DE COMPARTAMOS FINANCIERA

Información del Asegurado		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Fecha de Nacimiento	Tipo de Documento	NRO.

Información del Solicitante		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Parentesco / Relación	Tipo de Documento	NRO.
Dirección	Provincia	Distrito
Departamento	Teléfono Fijo	Celular
Email		

Datos del Siniestro

Fecha del Siniestro:		Fecha de Cirugía: <i>(en caso de aplicar)</i>	
Fecha de Hospitalización : <i>(en caso de aplicar)</i>	Fecha de Ingreso:	Fecha de Egreso:	

CHECK LIST DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA ATENCIÓN DE SINIESTROS

AGENCIAS (en todos los casos):

1. Poliza Simplificada firmado por el cliente al momento de la contratación.	
2. Declaración jurada firmada por el cliente (sólo para Indemnización por daños)	
3. Formato de Solicitud firmado por el solicitante	

Indemnización por Muerte Natural / Accidental	
1. Copia del DNI de los Beneficiarios mayores de edad y/o partida de nacimiento de los beneficiarios menores de edad. *En caso los Beneficiarios sean los "Herederos legales", se deberá adjuntar Testamento o Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos.	
2. Copia del DNI del Asegurado Titular	
3. Certificado de Defunción del Asegurado Titular	
4. Acta o Partida de Defunción del Asegurado Titular	
Indemnización por Muerte Accidental	
5. Atestado policial completo o diligencias fiscales	
6. Protocolo de Necropsia	
Indemnización por Servicios Funerarios	
7. Boleta de gastos funerarios	

Indemnización por Hospitalización	
1. Copia del DNI del Asegurado Titular	
2. Factura de liquidación de la prestación y/o documento que acredite la hospitalización del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del ASEGURADO Titular hospitalizado, el período (fecha de ingreso y alta del paciente) y el motivo de la hospitalización (en caso de que sea ESSALUD no será necesario este requisito):	
a. <i>Certificado Médico con el (los) diagnóstico(s) presentados.</i>	
b. <i>Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada del ASEGURADO TITULAR donde se evidencien los diagnósticos y procedimientos realizados y que sustenten la cobertura en evaluación, en caso de ser necesario.</i>	

Indemnización por Diagnóstico de Cáncer	
1. Copia del DNI del asegurado Titular	
2. Informe original (o copia legalizada) de la Anatomía Patológica que sustente el diagnóstico de cáncer del ASEGURADO Titular. El Médico especialista que certifica dicho diagnóstico debe estar registrado en Perú.	

Indemnización por Cirugía	
1. Copia del DNI del Asegurado Titular	
2. Informe médico suscrito por el Médico especialista debidamente registrado en Perú	
3. Documento que acredita el ingreso y alta del hospital. En original o copia.	
4. Atestado Policial completo en caso de Accidente	

Indemnización por Daños	
1. Copia del DNI del Asegurado Titular	
2. Denuncia Policial o reporte de serenazgo, o alguna autoridad competente. En original o copia	
3. Certificado Firmado por el asegurado al momento de la contratación del seguro	
4. Declaración Jurada firmada por el asegurado	
5. Fotos de siniestro	
6. Facturas de reposición, original o copia, en caso corresponda.	
7. Presupuesto de reposición, original o copia, en caso corresponda.	

Firma y Nombre
(Testigo)

Sello
(Financiera Compartamos)