

Formulario  
9000

USO ESSALUD

N. exp.

USO ESSALUD

Folios

## SOLICITUD DE INDEMNIZACION

## I. DATOS DEL AFILIADO TITULAR Y TIPO(S) DE SINIESTRO(S) QUE INFORMA

|                     |                           |                  |                 |                |                   |
|---------------------|---------------------------|------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| Apellido Paterno    |                           | Apellido Materno |                 | Nombres        |                   |
| Código (Tabla Nº 1) | Documento de Identidad Nº | Tipo de Seguro   | Cód. Tabla Nº 2 | Nº de contrato | Tipo de Siniestro |
|                     |                           |                  |                 |                |                   |

## II. DATOS DEL SOLICITANTE

|                     |                           |                  |  |                    |  |
|---------------------|---------------------------|------------------|--|--------------------|--|
| Apellido Paterno    |                           | Apellido Materno |  | Nombres            |  |
| Código (Tabla Nº 1) | Documento de Identidad Nº | Nº de Teléfono   |  | Correo Electrónico |  |
|                     |                           |                  |  |                    |  |

Dirección donde se enviará la correspondencia

|  |
|--|
|  |
|--|

|              |           |          |
|--------------|-----------|----------|
| Departamento | Provincia | Distrito |
|              |           |          |

## III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

|                     |  |                      |  |                   |  |
|---------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|
| Fecha (día/mes/año) |  | Ubicación Geográfica |  | Tipo de accidente |  |
|                     |  |                      |  |                   |  |

## IV. DOCUMENTOS QUE ADJUNTA PARA EL TRAMITE DE INDEMNIZACION

| Marcar con un aspa (x) en los documentos que corresponda, de acuerdo con el(los) tipo(s) de siniestro(s)                                                                                                             | MT | IPT | IPP | MC | IPTC | DF | HP |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|-----|----|------|----|----|
| 1. Formulario de Registro del Afiliado y Beneficiarios.                                                                                                                                                              |    |     |     |    |      |    |    |
| 2. Boleas de Pago (2 últimas a la fecha del siniestro).                                                                                                                                                              |    |     |     |    |      |    |    |
| 3. Constancia y Declaración pago SUNAT, en el que figure nombre del Afiliado Titular.                                                                                                                                |    |     |     |    |      |    |    |
| 4. Atestado Policial completo.                                                                                                                                                                                       |    |     |     |    |      |    |    |
| 5. Informe del empleador indicando las incidencias del accidente (en caso de accidente de trabajo).                                                                                                                  |    |     |     |    |      |    |    |
| 6. Protocolo de Necropsia.                                                                                                                                                                                           |    |     |     |    |      |    |    |
| 7. Análisis Toxicológico.                                                                                                                                                                                            |    |     |     |    |      |    |    |
| 8. Análisis Alcoholemia.                                                                                                                                                                                             |    |     |     |    |      |    |    |
| 9. Acta o Partida de Defunción.                                                                                                                                                                                      |    |     |     |    |      |    |    |
| 10. Certificado de Defunción.                                                                                                                                                                                        |    |     |     |    |      |    |    |
| 11. Fotocopia del DNI del Afiliado titular y de los beneficiarios (en caso de menores de edad partida de nacimiento).                                                                                                |    |     |     |    |      |    |    |
| 12. Certificado domiciliario emitido por la Comisaría o Puesto Policial de la localidad, en el que se indique que el menor vive en el citado domicilio.                                                              |    |     |     |    |      |    |    |
| 13. Partida de Matrimonio o Declaración Judicial de Unión de Hecho.                                                                                                                                                  |    |     |     |    |      |    |    |
| 14. Informe Médico (Todas las atenciones recibidas).                                                                                                                                                                 |    |     |     |    |      |    |    |
| 15. Certificado Médico (Grado de invalidez).                                                                                                                                                                         |    |     |     |    |      |    |    |
| 16. En caso de no existir Formulario de Registro del Afiliado y Beneficiarios se presentará la Declaratoria de Herederos, adjuntando la Copia Literal de Inscripción de la Sucesión Intestada en Registros Públicos. |    |     |     |    |      |    |    |
| 17. En caso de Desamparo Familiar Súbito adjuntar certificado de incapacidad física para el trabajo para hijos mayores de 18 años.                                                                                   |    |     |     |    |      |    |    |
| 18. En caso de Hijo Póstumo adjuntar certificado o prueba de embarazo de laboratorio.                                                                                                                                |    |     |     |    |      |    |    |

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales para la verificación del siniestro.

## IMPORTANTE:

- Todos los documentos deben ser originales o copias fotostáticas legalizado o autenticados por fedatario de ESSALUD. En el caso del Formulario de Registro del Afiliado y Beneficiarios debe ser original.
- De acuerdo con el tipo de siniestro, el solicitante debe presentar toda la documentación requerida para la admisión de la solicitud.
- No se aceptarán solicitudes que no adjunten todos los requisitos.

Firma del Solicitante

| Fecha |     |     |
|-------|-----|-----|
| Día   | Mes | Año |
|       |     |     |

Sello de recepción  
(ESSALUD)Sello de recepción  
(LA ASEGURADORA)

Formulario  
9000

USO ESSALUD

N. exp.

USO ESSALUD

Folios

## SOLICITUD DE INDEMNIZACION

## I. DATOS DEL AFILIADO TITULAR Y TIPO(S) DE SINIESTRO(S) QUE INFORMA

|                     |                           |                  |                 |                |                   |
|---------------------|---------------------------|------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| Apellido Paterno    |                           | Apellido Materno |                 | Nombres        |                   |
| Código (Tabla Nº 1) | Documento de Identidad Nº | Tipo de Seguro   | Cód. Tabla Nº 2 | Nº de contrato | Tipo de Siniestro |
|                     |                           |                  |                 |                |                   |

## II. DATOS DEL SOLICITANTE

|                                               |                           |                  |                    |          |  |
|-----------------------------------------------|---------------------------|------------------|--------------------|----------|--|
| Apellido Paterno                              |                           | Apellido Materno |                    | Nombres  |  |
| Código (Tabla Nº 1)                           | Documento de Identidad Nº | Nº de Teléfono   | Correo Electrónico |          |  |
|                                               |                           |                  |                    |          |  |
| Dirección donde se enviará la correspondencia |                           |                  |                    |          |  |
|                                               |                           |                  |                    |          |  |
| Departamento                                  |                           | Provincia        |                    | Distrito |  |
|                                               |                           |                  |                    |          |  |

E  
S  
S  
A  
L  
U  
D

## III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

|                     |  |                      |  |                   |  |
|---------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|
| Fecha (día/mes/año) |  | Ubicación Geográfica |  | Tipo de accidente |  |
|                     |  |                      |  |                   |  |

## IV. DOCUMENTOS QUE ADJUNTA PARA EL TRAMITE DE INDEMNIZACION

| Marcar con un aspa (x) en los documentos que corresponda, de acuerdo con el(los) tipo(s) de siniestro(s)                                                                                                             | MT | IPT | IPP | MC | IPTC | DF | HP |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|-----|----|------|----|----|
| 1. Formulario de Registro del Afiliado y Beneficiarios.                                                                                                                                                              |    |     |     |    |      |    |    |
| 2. Boletas de Pago (2 últimas a la fecha del siniestro).                                                                                                                                                             |    |     |     |    |      |    |    |
| 3. Constancia y Declaración pago SUNAT, en el que figure nombre del Afiliado Titular.                                                                                                                                |    |     |     |    |      |    |    |
| 4. Atestado Policial completo.                                                                                                                                                                                       |    |     |     |    |      |    |    |
| 5. Informe del empleador indicando las incidencias del accidente (en caso de accidente de trabajo).                                                                                                                  |    |     |     |    |      |    |    |
| 6. Protocolo de Necropsia.                                                                                                                                                                                           |    |     |     |    |      |    |    |
| 7. Análisis Toxicológico.                                                                                                                                                                                            |    |     |     |    |      |    |    |
| 8. Análisis Alcoholemia.                                                                                                                                                                                             |    |     |     |    |      |    |    |
| 9. Acta o Partida de Defunción.                                                                                                                                                                                      |    |     |     |    |      |    |    |
| 10. Certificado de Defunción.                                                                                                                                                                                        |    |     |     |    |      |    |    |
| 11. Fotocopia del DNI del Afiliado titular y de los beneficiarios (en caso de menores de edad partida de nacimiento).                                                                                                |    |     |     |    |      |    |    |
| 12. Certificado domiciliario emitido por la Comisaría o Puesto Policial de la localidad, en el que se indique que el menor vive en el citado domicilio.                                                              |    |     |     |    |      |    |    |
| 13. Partida de Matrimonio o Declaración Judicial de Unión de Hecho.                                                                                                                                                  |    |     |     |    |      |    |    |
| 14. Informe Médico (Todas las atenciones recibidas).                                                                                                                                                                 |    |     |     |    |      |    |    |
| 15. Certificado Médico (Grado de invalidez).                                                                                                                                                                         |    |     |     |    |      |    |    |
| 16. En caso de no existir Formulario de Registro del Afiliado y Beneficiarios se presentará la Declaratoria de Herederos, adjuntando la Copia Literal de Inscripción de la Sucesión Intestada en Registros Públicos. |    |     |     |    |      |    |    |
| 17. En caso de Desamparo Familiar Súbito adjuntar certificado de incapacidad física para el trabajo para hijos mayores de 18 años.                                                                                   |    |     |     |    |      |    |    |
| 18. En caso de Hijo Póstumo adjuntar certificado o prueba de embarazo de laboratorio.                                                                                                                                |    |     |     |    |      |    |    |

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales para la verificación del siniestro.

## IMPORTANTE:

- Todos los documentos deben ser originales o copias fotostáticas legalizado o autenticados por fedatario de ESSALUD. En el caso del Formulario de Registro del Afiliado y Beneficiarios debe ser original.
- De acuerdo con el tipo de siniestro, el solicitante debe presentar toda la documentación requerida para la admisión de la solicitud.
- No se aceptarán solicitudes que no adjunten todos los requisitos.

Firma del Solicitante

| Fecha |     |     |
|-------|-----|-----|
| Día   | Mes | Año |
|       |     |     |

Sello de recepción  
(ESSALUD)Sello de recepción  
(LA ASEGURADORA)

Formulario  
9000

USO ESSALUD

N. exp.

USO ESSALUD

Folios

## SOLICITUD DE INDEMNIZACION

## I. DATOS DEL AFILIADO TITULAR Y TIPO(S) DE SINIESTRO(S) QUE INFORMA

|                     |                           |                  |                 |                |                   |
|---------------------|---------------------------|------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| Apellido Paterno    |                           | Apellido Materno |                 | Nombres        |                   |
| Código (Tabla Nº 1) | Documento de Identidad Nº | Tipo de Seguro   | Cód. Tabla Nº 2 | Nº de contrato | Tipo de Siniestro |
|                     |                           |                  |                 |                |                   |

## II. DATOS DEL SOLICITANTE

|                                               |                           |                  |                    |          |  |
|-----------------------------------------------|---------------------------|------------------|--------------------|----------|--|
| Apellido Paterno                              |                           | Apellido Materno |                    | Nombres  |  |
| Código (Tabla Nº 1)                           | Documento de Identidad Nº | Nº de Teléfono   | Correo Electrónico |          |  |
|                                               |                           |                  |                    |          |  |
| Dirección donde se enviará la correspondencia |                           |                  |                    |          |  |
|                                               |                           |                  |                    |          |  |
| Departamento                                  |                           | Provincia        |                    | Distrito |  |
|                                               |                           |                  |                    |          |  |

## III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

|                     |  |                      |  |                   |  |
|---------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|
| Fecha (día/mes/año) |  | Ubicación Geográfica |  | Tipo de accidente |  |
|                     |  |                      |  |                   |  |

## IV. DOCUMENTOS QUE ADJUNTA PARA EL TRAMITE DE INDEMNIZACION

| Marcar con un aspa (x) en los documentos que corresponda, de acuerdo con el(los) tipo(s) de siniestro(s)                                                                                                             | MT | IPT | IPP | MC | IPTC | DF | HP |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|-----|----|------|----|----|
| 1. Formulario de Registro del Afiliado y Beneficiarios.                                                                                                                                                              |    |     |     |    |      |    |    |
| 2. Boletas de Pago (2 últimas a la fecha del siniestro).                                                                                                                                                             |    |     |     |    |      |    |    |
| 3. Constancia y Declaración pago SUNAT, en el que figure nombre del Afiliado Titular.                                                                                                                                |    |     |     |    |      |    |    |
| 4. Atestado Policial completo.                                                                                                                                                                                       |    |     |     |    |      |    |    |
| 5. Informe del empleador indicando las incidencias del accidente (en caso de accidente de trabajo).                                                                                                                  |    |     |     |    |      |    |    |
| 6. Protocolo de Necropsia.                                                                                                                                                                                           |    |     |     |    |      |    |    |
| 7. Análisis Toxicológico.                                                                                                                                                                                            |    |     |     |    |      |    |    |
| 8. Análisis Alcoholemia.                                                                                                                                                                                             |    |     |     |    |      |    |    |
| 9. Acta o Partida de Defunción.                                                                                                                                                                                      |    |     |     |    |      |    |    |
| 10. Certificado de Defunción.                                                                                                                                                                                        |    |     |     |    |      |    |    |
| 11. Fotocopia del DNI del Afiliado titular y de los beneficiarios (en caso de menores de edad partida de nacimiento).                                                                                                |    |     |     |    |      |    |    |
| 12. Certificado domiciliario emitido por la comisaría o Puesto Policial de la localidad, en el que se indique que el menor vive en el citado domicilio.                                                              |    |     |     |    |      |    |    |
| 13. Partida de Matrimonio o Declaración Judicial de Unión de Hecho.                                                                                                                                                  |    |     |     |    |      |    |    |
| 14. Informe Médico (Todas las atenciones recibidas).                                                                                                                                                                 |    |     |     |    |      |    |    |
| 15. Certificado Médico (Grado de invalidez).                                                                                                                                                                         |    |     |     |    |      |    |    |
| 16. En caso de no existir Formulario de Registro del Afiliado y Beneficiarios se presentará la Declaratoria de Herederos, adjuntando la Copia Literal de Inscripción de la Sucesión Intestada en Registros Públicos. |    |     |     |    |      |    |    |
| 17. En caso de Desamparo Familiar Súbito adjuntar certificado de incapacidad física para el trabajo para hijos mayores de 18 años.                                                                                   |    |     |     |    |      |    |    |
| 18. En caso de Hijo Póstumo adjuntar certificado o prueba de embarazo de laboratorio.                                                                                                                                |    |     |     |    |      |    |    |

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales para la verificación del siniestro.

## IMPORTANTE:

- Todos los documentos deben ser originales o copias fotostáticas legalizado o autenticados por fedatario de ESSALUD. En el caso del Formulario de Registro del Afiliado y Beneficiarios debe ser original.
- De acuerdo con el tipo de siniestro, el solicitante debe presentar toda la documentación requerida para la admisión de la solicitud.
- No se aceptarán solicitudes que no adjunten todos los requisitos.

Firma del Solicitante

| Fecha |     |     |
|-------|-----|-----|
| Día   | Mes | Año |
|       |     |     |

Sello de recepción  
(ESSALUD)Sello de recepción  
(LA ASEGURADORA)

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 9000

De acuerdo con el(los) tipo(s) de siniestro(s) que informa, el solicitante deberá presentar toda la documentación requerida para la admisión de la solicitud

### ¿Cuándo utilizo este formulario?

1. El presente formulario se utilizará para solicitar la indemnización en caso de siniestro.
2. La presentación de este formulario deberá efectuarse en original y dos copias.
3. La información se deberá consignar a máquina o manuscrito con letra tipo imprenta.
4. Se presentará en Lima y Callao en las Agencias de Atención al Público de ESSALUD, y en Provincias en las Oficinas o Unidades de Seguros de las Redes Asistenciales de ESSALUD.

### ¿Cómo lleno el formulario?

#### I. DATOS DEL AFILIADO TITULAR Y TIPO(S) DE SINIESTRO(S) QUE INFORMA

- Consigne el apellido paterno, apellido materno y los nombres (Empiece por el primer nombre).
- Consigne el tipo y número de documento de identidad del afiliado titular (Ver Tabla N° 01).
- Especifique el tipo de seguro que tiene con ESSALUD (Ver Tabla N° 02).
- Especifique el número de contrato, en caso que corresponda.
- Consigne el(los) código(s) de(los) tipo(s) de siniestro(s) que informa (Ver Tabla N° 03).

#### II. DATOS DEL SOLICITANTE

- Consigne el apellido paterno, apellido materno y los nombres (Empiece por el primer nombre).
- Consigne el tipo y número de documento de identidad del solicitante (Ver Tabla N° 01).
- Indique el número telefónico del solicitante o uno referencial.
- Indique el correo electrónico del solicitante o uno referencial.
- Consigne la dirección del domicilio donde se remitirá la correspondencia (Urbanización / Calle / Jiron / Avenida).
- Indique el Departamento, Provincia y Distrito del domicilio del solicitante.

#### III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

- Indique la fecha de ocurrencia del accidente. Consigne el año con cuatro dígitos.
- Indique el departamento donde ocurrió el accidente.
- Consigne la denominación del accidente que ocasionó el siniestro. Ejemplos: tránsito, aéreo, caída, ahogamiento, quemadura, etc.

#### IV. DOCUMENTOS QUE DEBE ADJUNTAR PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN

Marque con un aspa (X) la documentación que adjunta a la presente solicitud, en el recuadro correspondiente, de acuerdo con el(los) tipo(s) de siniestro(s) que informa.

**TABLA N° 01**  
**TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

| Código | Descripción                                     |
|--------|-------------------------------------------------|
| 1      | D.N.I.                                          |
| 2      | Carné de Fuerzas Policiales                     |
| 3      | Carné de Fuerzas Armadas                        |
| 4      | Carné de Extranjería                            |
| 7      | Pasaporte                                       |
| 10     | Autogenerado                                    |
| 11     | Partida de Nacimiento - Identidad               |
| 12     | Doc. de Identificación de Educación Superior    |
| 13     | Trabajador menor de edad (no menor de 15 años). |

**TABLA N° 02**  
**TIPO DE SEGURO**

| Código | Descripción                                        |
|--------|----------------------------------------------------|
| 1      | Seguro Regular                                     |
| 2.1    | Seguro de Salud Agrario Dependiente                |
| 2.2    | Seguro de Salud Agrario Independiente              |
| 3      | Pescador Artesanal Independiente                   |
| 4.1    | Seguro Potestativo - EsSalud Independiente         |
| 4.2    | Seguro Potestativo - EsSalud Personal Familiar     |
| 4.3    | Seguro Potestativo Unico                           |
| 4.4    | Seguro Potestativo - Plan Protección Total         |
| 4.5    | Seguro Potestativo - Plan Protección Vital         |
| 4.6    | Seguro Potestativo - Plan Emergencias Accidentales |
| 9      | Otro: _____                                        |

**TABLA N° 03**  
**TIPO DE SINIESTRO**

| Código | Denominación                                         |
|--------|------------------------------------------------------|
| MT     | Muerte del Afiliado Titular                          |
| IPT    | Invalidez Permanente Total                           |
| IPP    | Invalidez Permanente Parcial                         |
| MC     | Muerte Cónyuge o Concubina(o)                        |
| IPTC   | Invalidez Permanente Total de Cónyuge o Concubina(o) |
| DF     | Desamparo Familiar                                   |
| HP     | Hijo Póstumo                                         |