



## FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTROS

El presente formato debe ser completado en letra legible, sin tachones ni rayas, escrita de puño y letra del asegurado/reclamante.

### PRODUCTO:

☐ Vida Segura

### COBERTURA AFECTADA:

- ☐ Fallecimiento  
☐ Invalidez Total y Permanente por Accidente  
☐ Muerte Accidental  
☐ Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

### DATOS DEL ASEGURADO

|                              |                             |                              |                      |                      |  |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|--|
| Nombres:                     |                             | Apellidos Paterno:           |                      | Apellidos Materno:   |  |
| <input type="checkbox"/> DNI | <input type="checkbox"/> CE | <input type="checkbox"/> CPP | Número de Documento: | Fecha de nacimiento: |  |
| Dirección Actual:            |                             |                              |                      |                      |  |
| Distrito:                    |                             | Provincia:                   |                      | Departamento:        |  |
| Celular:                     |                             | Teléfono fijo:               |                      | Email:               |  |

### DATOS DEL SINIESTRO

|                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |                               |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de ocurrencia del siniestro:      | D | D | M | M | A | A | A | A | Fecha de Aviso del siniestro: | D | D | M | M | A | A | A | A |
| Declaración de los hechos de siniestro: |   |   |   |   |   |   |   |   |                               |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |                               |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |                               |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |                               |   |   |   |   |   |   |   |   |

### DATOS DE RECLAMANTE: (Todos los campos son obligatorios) El reclamante puede ser el mismo asegurado u otro beneficiario(s)

|                                           |                             |                      |  |                      |  |
|-------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--|----------------------|--|
| Nombres:                                  |                             | Apellidos Paterno:   |  | Apellidos Materno:   |  |
| <input type="checkbox"/> DNI              | <input type="checkbox"/> CE | Número de Documento: |  | Fecha de nacimiento: |  |
| Dirección Actual:                         |                             |                      |  |                      |  |
| Distrito:                                 |                             | Provincia:           |  | Departamento:        |  |
| Celular:                                  |                             | Teléfono fijo:       |  |                      |  |
| Parentesco y/o relación con el asegurado: |                             | Email:               |  |                      |  |

El Asegurado y/o Reclamante autoriza a **BNP Paribas Cardif S.A.** Compañía de Seguros y Reaseguros a enviar toda comunicación relacionada con la gestión del siniestro presentado y/o cualquier otra comunicación relacionada con el seguro al correo electrónico consignado en el presente formulario, deberá mantener la cuenta de correo electrónico brindada, siempre habilitada y en condiciones operativas para la recepción de nuestras comunicaciones.

El Asegurado y/o Reclamante declara que toda la información entregada es verdadera, legítima y completa por lo que asume plena y exclusiva responsabilidad en caso ello no sea cierto. La firma y/o sello de la Entidad Financiera o de **BNP Paribas Cardif S.A.** Compañía de Seguros y Reaseguros en el presente formulario o sus anexos no implica conformidad en la recepción de la información de los documentos entregados. El Asegurado y/o reclamante acepta y consciente que la Compañía de Seguros solicite cualquier información y haga cualquier verificación que sea necesaria para el pago del siniestro, así mismo autoriza a Clínicas, Hospitales, Profesionales médicos a suministrar información sobre mi estado de salud y entregar copia de la Historia Clínica

### FIRMAS

|                                                                                                          |                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <hr/><br>Firma del Asegurado/ Reclamante                                                                 | <hr/><br>Firma y sello de Financiera Confianza |
| Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CPP |                                                |
| No de Documento: _____                                                                                   |                                                |
| Fecha de reclamación: DD / MM / AAAA                                                                     | Fecha de recibido: DD / MM / AAAA              |

### IMPORTANTE

La aceptación del siniestro y el pago de la indemnización correspondiente dependen, en su totalidad del análisis realizado por la Aseguradora.



## LOS DOCUMENTOS A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

### VIDA SEGURA

En caso de siniestro, adicional al Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía, se deberán presentar los documentos según cobertura que se detallan a continuación:

#### **MUERTE NATURAL:**

1. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
2. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.
3. Copia simple de la Historia Clínica.
4. En caso de no designarse beneficiario, Copia simple de la Sucesión Intestada o testamento y DNI de los herederos legales

#### **MUERTE ACCIDENTAL:**

1. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
2. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.
3. En caso de no designarse beneficiarios, Copia simple de la Sucesión Intestada o testamento y DNI de los herederos legales.
4. Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, en caso corresponda.

#### **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:**

1. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
2. Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, en caso corresponda.
3. Copia simple del Dictamen o Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por las entidades competentes (ESSALUD, hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o INR, COMAFP o COMEC).

#### **REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:**

1. Declaración del siniestro.
2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
3. Copia simple del Informe Médico.
4. Copia simple del comprobante de pago de los gastos de curación.
5. Copia simple de los sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar en caso lo estime conveniente documentación adicional necesaria para continuar la evaluación del Siniestro. En caso la Compañía requiera documentación adicional para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibidos los Documentos Sustentatorios señalados en el presente documento, suspendiéndose el plazo de treinta (30) días con el que cuenta la Compañía para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro luego de recibidos los Documentos Sustentatorios, hasta que se presente la documentación adicional correspondiente. En caso de Siniestros en el extranjero, los documentos deberán estar legalizados por el Consulado peruano del país donde ocurrió el siniestro y validado por el Ministerio de Relaciones exteriores de Perú; o de ser el caso, debidamente apostillados. En caso los documentos estén en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial y visado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.