

**DATOS DE LA PÓLIZA**

N° de póliza: 5934150119	Seguro: Protección de Cuota	Contratante: Financiera Confianza	Sucursal donde presenta el siniestro:
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

DATOS DEL ASEGURADO (Todos los campos son obligatorios)

De acuerdo al Reglamento de Conductas para la Prevención del Lavado de Dinero y de Lucha contra la corrupción y terrorismo dada por la SBS es importante se sirva completar los siguientes datos:

Nombres:	Apellidos:	Documento de Identidad: DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>
		N° de documento:
Nacionalidad:	Fecha nacimiento: / /	Tipo de Asegurado: Titular <input type="checkbox"/> Adicional <input type="checkbox"/>

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia: / /	Fecha de presentación del siniestro: / /
Coberturas Principales afectadas:	
<input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal	
<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario	

DATOS DEL RECLAMANTE (Todos los campos son obligatorios)

El reclamante puede ser el mismo asegurado u otro beneficiario(s):

Nombres:	Apellidos:	Documento de Identidad: DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>
		N° de documento:
Nacionalidad:	Autorizo envié por correo electrónico: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Teléfono:
	Correo Electrónico:	Celular:
Dirección Actual:	Distrito:	Provincia:
		Departamento:

Fecha de Presentación de Documentos	Firma Asegurado / Reclamante

Fecha de Recepción de Documentos	Sello y firma de Cardif	Fecha de Recepción de Documentos	Sello y firma de Financiera Confianza

Nota:
Si El Asegurado y/o Beneficiario 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 consiente 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.

DOCUMENTOS A PRESENTAR SEGÚN COBERTURA

La evaluación del siniestro dependerá de la conformidad de la documentación con lo reglamentado en la misma.
Plazo para pronunciarse por el Siniestro: 30 días calendarios de ocurrido el Siniestro.

Seguro de Protección de Cuota

Para la Cobertura de Incapacidad Temporal

- Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal que debe indicar: Causas de la incapacidad, Diagnóstico definitivo, Tratamiento realizado y Pronóstico, Días de descanso, Número de historia médica y clínica u hospital donde recibió la atención, Médico tratante, Fechas de atención.
- Copia Simple del informe médico completo (debe incluir Copia del Informe sucinto (resumen) de la historia clínica).

Para la cobertura de Desempleo Involuntario

- Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la carta o resolución de cese emitida por la empresa o institución respectivamente, o en su defecto constatación policial por despido de facto o hecho.
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Convenio de Cese por Mutuo Disenso y/o de la liquidación de beneficios sociales que evidencie el pago de una indemnización, en caso corresponda.
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la liquidación de beneficios sociales por despido y constancia del pago, en caso corresponda. Se verificará el pago de 1.5 remuneraciones por cada año trabajado (o por cada mes pendiente de ejecución si fuera un contrato de trabajo con plazo determinado) más los beneficios de ley.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- Copia Simple del Certificado de Trabajo.
- Copia Simple del Contrato de Trabajo (de ser solicitado por la Compañía).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito (de corresponder).

En caso la Compañía requiera aclaramientos o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibida los Documentos Sustentatorios establecidos en la Solicitud- Certificado, Certificado o Condiciones Particulares, suspendiéndose el plazo de treinta (30) días con el que cuenta la Compañía para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.