

**DATOS DE LA PÓLIZA**

N° de póliza: 8034140102	Seguro: Seguro Multiple	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:

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

**DATOS DEL SINIESTRO**

<b>Fecha de ocurrencia:</b> / /	<b>Fecha de presentación del siniestro:</b> / /
<b>Cobertura Principal afectada:</b> <input type="checkbox"/> Muerte Natural	
<b>Coberturas Adicionales afectadas:</b> <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por Accidente <input type="checkbox"/> Gastos por Curación por Accidente <input type="checkbox"/> Sepelio por Muerte Accidental	

**DATOS DEL RECLAMANTE (Todos los campos son obligatorios)**

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

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

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.

En caso de requerir información adicional de cómo obtener el certificado de discapacidad que acredite la invalidez total y permanente, puede acceder a las siguientes páginas webs de las instituciones autorizadas según corresponda su caso:

- En ESSALUD, MINSA e Institución médicas autorizadas públicas y/o Privadas: <https://www.gob.pe/minsa> (Opción Obtener Certificado de Discapacidad)

- En COMAFP: <http://comafp.pe/preguntas-frecuentes/>

**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 Múltiple****Para la Cobertura de Muerte Natural**

- Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple Acta de Defunción del Asegurado.
- Copia simple Certificado de Defunción del Asegurado.
- Copia simple del Documento Nacional de identidad del Asegurado
- Copia simple del Documento Nacional de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o de la partida de nacimiento de los menores de edad.
- Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado(De ser solicitado por la Compañía).
- Copia simple de Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.
- Copia legalizada del Informe médico del médico tratante en caso de fallecimiento por Enfermedad.

**Para la cobertura de Muerte Accidental y Sepelio por Muerte Accidental**

- Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Copia simple de Acta de defunción del Asegurado
- Copia simple Certificado de defunción del Asegurado
- Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad o partida de nacimiento de los menores de edad.
- Copia simple de Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.
- Copia simple de Atestado Policial
- Copia simple de Protocolo de necropsia que incluya el examen toxicológico y dosaje etílico (de corresponder).

**Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente**

- Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado (De ser solicitado por la Compañía)
- Copia simple de Dictamen de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) y/o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación
- Copia simple de Atestado Policial
- Copia simple de Resultado de examen toxicológico y dosaje etílico (de corresponder).

**Para la cobertura de Gastos de Curación por Accidente**

- Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.



- Copia simple de Atestado Policial.
- Copia simple de Dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder).
- Original y/o copia legalizada del Certificado médico.
- Original de Facturas y/o Boletas de los gastos de curación.
- Sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.

**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.**