

DATOS DE LA PÓLIZA

N° Póliza	Fecha de inicio de la póliza / /	Sucursal donde presenta el siniestro
-----------	-------------------------------------	--------------------------------------

DATOS DEL ASEGURADO

(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) (*) PEP Personas expuestas políticamente o que administran recursos públicos.

Nombres		Apellidos	
Documento de Identidad DNI <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	Nacionalidades		Fecha nacimiento / /
No.			
(**) Campos obligatorios. (***) Consignar la dirección exacta donde haya siempre una persona quien reciba las comunicaciones que podríamos remitir sobre el presente caso presentado.			

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia / /	Fecha de notificación o presentación del siniestro a la Compañía / /
Cobertura Principal afectada: <input type="checkbox"/> Muerte Natural	Coberturas Adicionales afectadas: <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Muerte Accidental en Transporte Público <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por Accidente <input type="checkbox"/> Gastos de Curación por Accidente <input type="checkbox"/> Sepelio por Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Desamparo Súbito Familiar

DATOS DEL RECLAMANTE

Nombres(**)		Apellidos(**)	
Documento de Identidad DNI <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	Nacionalidades:		
No.			
Dirección Actual(**)(***)	Distrito(**)	Provincia(**)	Departamento(**)
E-mail (**)	Teléfono (**)		Celular (**)
(**) Campos obligatorios. (***) Consignar la dirección exacta donde haya siempre una persona quien reciba las comunicaciones que podríamos remitir sobre el presente caso presentado.			

Nota: El Asegurado 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 del Banco 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 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.

Fecha	Firma Asegurado

Fecha	Sello y Firma Financiera Confianza
Nombre de la agencia	

Fecha	Sello y firma Cardif

DOCUMENTOS A PRESENTAR SEGÚN COBERTURA

Los documentos presentados a continuación son un resumen de lo estipulado en la póliza. La evaluación del siniestro dependerá de la conformidad de la documentación con lo reglamentado en la misma.

Para la Cobertura de Muerte Natural:

- Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de Acta de Defunción del Asegurado.
- Copia simple de 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, Muerte Accidental en Transporte Público y Sepelio por Muerte Accidental:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Copia simple de Acta de defunción del Asegurado.
- Copia simple de 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 de Siniestros 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 de Siniestros 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 de los gastos de curación.
- Sustentos médicos originales: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.

Para la Cobertura de Desamparo Súbito Familiar

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente.
- Copia simple de Acta de defunción del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente.
- Copia simple de Certificado de defunción del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente.
- 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).

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 recibida los Documentos Sustentatorios establecidos en la Solicitud-Certificado, suspendiéndose el plazo 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.