

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:

- Seguro Multiseguro
 Seguro Ingreso Seguro
 Microseguro Vida Crédito

COBERTURA AFECTADA

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Muerte Natural
<input type="checkbox"/> Gastos de curación por Accidente
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental
<input type="checkbox"/> Desamparo Súbito Familiar
<input type="checkbox"/> ITP por Accidente | <input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario
<input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal | <input type="checkbox"/> Fallecimiento
<input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente
<input type="checkbox"/> Indemnización por Hospitalización por accidente |
|--|--|---|

DATOS DEL ASEGURADO

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

_____ Firma del Asegurado/ Reclamante	_____ Firma y sello de Cálidda
Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE 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.



DOCUMENTOS A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

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:

MULTISEGURO

MUERTE NATURAL:

1. Copia simple de Acta de Defunción del Asegurado
2. Copia simple de Certificado de Defunción del Asegurado.
3. 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.
4. Copia simple de la Historia Clínica del Asegurado.
5. Copia simple de Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.

MUERTE ACCIDENTAL:

1. Copia simple de Acta de Defunción del Asegurado.
2. Copia simple Certificado de defunción del Asegurado.
3. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad o partida de nacimiento de los menores de edad.
4. Copia simple de Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.
5. Copia simple de Atestado Policial.
6. Copia simple de Protocolo de necropsia que incluya el examen toxicológico y dosaje etílico. (de corresponder).

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:

1. Copia simple de la Historia Clínica del Asegurado.
2. 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.
3. Copia simple de Atestado Policial.
4. Copia simple de Resultado de examen toxicológico y dosaje etílico. (de corresponder).

GASTOS POR CURACIÓN POR ACCIDENTE:

1. Copia simple de Atestado Policial.
2. Copia simple de Dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder).
3. Copia simple del Certificado médico.
4. Copia simple de las Facturas de los gastos de curación.
5. Copia simple de los sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.

DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR:

1. Copia simple de Acta de defunción del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente.
2. Copia simple de Certificado de defunción del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente.
3. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad o partida de nacimiento de los menores de edad.
4. Copia simple de Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.
5. Copia simple de Atestado Policial.
6. Copia simple de Protocolo de necropsia que incluya el examen toxicológico y dosaje etílico. (De corresponder).

INGRESO SEGURO

DESEMPLEO INVOLUNTARIO:

1. Copia simple de la carta de despido o de la constatación policial del despido.
2. Copia simple de la liquidación de beneficios sociales por despido en la que se establezca la causal de despido.
3. Copia simple del certificado laboral en el que se establezca la fecha de inicio y fin del contrato.
4. Copia simple del contrato de trabajo, de contar con el mismo.

INCAPACIDAD TEMPORAL

1. Copia simple del certificado médico emitido por el médico tratante 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
2. Copia simple del informe médico completo (debe incluir copia del informe sucinto (resumen) de la historia clínica).

MICROSEGURO VIDA CREDITO

FALLECIMIENTO:

1. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.
2. Copia simple de la Historia Clínica.
3. En caso de no designarse beneficiarios en la póliza, Copia simple de la Sucesión Intestada o testamento y DNI de los herederos legales.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

1. 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).

INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

1. Copia simple del Informe Médico.