

## 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		
<input type="checkbox"/> Desgravamen Préstamos	<input type="checkbox"/> Desgravamen Retorno	<input type="checkbox"/> Desgravamen Tarjeta de Crédito
COBERTURA AFECTADA		
<input type="checkbox"/> Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Fallecimiento
<input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por enfermedad o accidente	<input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por enfermedad o accidente	<input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por enfermedad o accidente

DATOS DEL ASEGURADO															
Nombres:					Apellidos:										
DNI	CE	Número de Documento:			Fecha de nacimiento:			D	D	M	M	A	A	A	A
Dirección Actual:							Nacionalidad:								
Distrito:			Provincia:			Departamento:									
Celular:					Teléfono fijo:										
Correo electrónico:															

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:								
DNI	CE	Número de Documento:			Nacionalidad:			Parentesco y/o relación con el asegurado:					
Dirección Actual:							Parentesco y/o relación con el asegurado:						
Distrito:			Provincia:			Departamento:							
Celular:					Teléfono fijo:								
Correo electrónico:													

El Asegurado y/o Reclamante autoriza a **Pacífico** 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 **Pacífico** 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	
<p style="text-align: center;">_____ Firma del Asegurado/ Reclamante</p> <p>Tipo de Documento    DNI    CE No de Documento: _____ Fecha de reclamación: DD / MM / AAAA</p>	<p style="text-align: center;">_____ Firma y sello de Falabella</p> <p style="text-align: center;">Fecha de recibido: DD / MM / AAAA</p>

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 SEGÚN COBERTURA

### SEGURO DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO:

#### 1. Fallecimiento por causa natural

- Partida de defunción o Acta de defunción.
- Certificado médico de defunción completo.
- Copia de la Historia Clínica, completa, foliada y fedateada.
- Declaración de saldos y cronograma por parte del Contratante.

#### 2. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

- Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (COMAFP o COMEC), que indique el porcentaje de invalidez según las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP.
- Historia Clínica completa, foliada y fedateada.
- Declaración de saldos y cronograma de pagos por parte del Contratante.

#### 3. Fallecimiento Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- Copia de la Historia Clínica, completa, foliada y fedateada.
- Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal.
- Resultado del examen de dosaje etílico, según corresponda.
- Declaración de saldos y cronograma de pagos por parte del Contratante.

#### **En caso de muerte accidental, se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes:**

- Partida de defunción o acta de defunción.
- Certificado médico de defunción completo
- Protocolo de Necropsia Completo, según corresponda.

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 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.

### SEGURO DESGRAVAMEN PRÉSTAMOS:

En caso de Siniestro se deberán presentar los documentos que se detallan a continuación

#### 1. Para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural o accidental

- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.
- Copia simple de la Historia Clínica.

#### 2. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- Copia simple de la Historia Clínica.
- Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (COMAFP o COMEC), que indique el porcentaje de invalidez según las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP.

### SEGURO DESGRAVAMEN RETORNO:

En caso de Siniestro se deberán presentar los documentos que se detallan a continuación

#### 1. Para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural

- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.
- Copia simple de la Historia Clínica.

#### 2. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- Copia simple de la Historia Clínica.
- Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (COMAFP o COMEC), que indique el porcentaje de invalidez según las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP.

**3. Para la cobertura de Fallecimiento Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente:**

- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- Copia del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado (sólo para muerte)
- Historia Clínica completa Foliada y Fedateada.

**Para solicitar el pago de la cobertura de sobrevivencia, EL ASEGURADO deberá enviar una comunicación a LA COMPAÑÍA adjuntando copia de su documento de identidad o autenticando su identidad a través de los medios digitales que LA COMPAÑÍA ponga a su disposición.**

A fin de obtener mayor información sobre el procedimiento para presentar una solicitud de cobertura puede comunicarse a la central telefónica del Comercializador al 615-4300; o, llamar la Central de Atención al Asegurado de Pacífico Seguros al 513-5000; o, ingresar a la página web de Pacífico Seguros en [www.pacifico.com.pe](http://www.pacifico.com.pe)