

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 Préstamo Efectivo	<input type="checkbox"/> Desgravamen Préstamo Refinanciado	<input type="checkbox"/> Desgravamen Tarjeta CMR
COBERTURA AFECTADA		
<input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por enfermedad o accidente	<input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por enfermedad o accidente	<input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por enfermedad o accidente

DATOS DEL ASEGURADO															
Nombres:					Apellidos:										
<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> 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:						
<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> CE	Número de Documento:					Nacionalidad:						
Dirección Actual:							Parentesco y/o relación con el asegurado:						
Distrito:			Provincia:				Departamento:						
Celular:							Teléfono fijo:						
Correo electrónico:													

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	
<p>_____</p> <p>Firma del Asegurado/ Reclamante</p> <p>Tipo de Documento <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE</p> <p>No de Documento: _____</p> <p>Fecha de reclamación: DD / MM / AAAA</p>	<p>_____</p> <p>Firma y sello de Falabella</p> <p>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**DESGRAVAMEN TARJETA CMR:**

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 de Defunción del Asegurado.
- Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado.

2. Para la Cobertura de Fallecimiento por Accidente

Adicionalmente a los Documentos Sustentatorios antes indicados para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural, en caso de Fallecimiento a consecuencia directa e inmediata de un Accidente, deberán presentarse los siguientes documentos:

- Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.
- Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.

3. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

- Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- Historia Clínica completa foliada y fedateada del Asegurado.
- Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por ESSALUD o la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia) o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.

4. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente

Adicionalmente a los Documentos Sustentatorios para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad deberán presentarse los siguientes documentos

- Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.
- Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso 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 PRÉSTAMO EFECTIVO Y SEGURO DESGRAVAMEN REFINANCIADO:**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.
- Copia simple del estado de cuenta del crédito a la fecha de ocurrido el siniestro.

2. Para la Cobertura de Fallecimiento por Accidente

Adicionalmente a los documentos antes indicados para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural, en caso de Fallecimiento a consecuencia de un Accidente, deberán presentarse los siguientes documentos:

- Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, según corresponda.
- Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.

3. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Copia simple de la Historia Clínica.
- Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por ESSALUD o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación o cualquier otra entidad autorizada para emitir dicho documento; o el Dictamen de Invalidez emitido por la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia).

4. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente

Adicionalmente a los documentos antes indicados para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad deberán presentarse los siguientes documentos:

- Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, según corresponda.
- Copia simple del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.