



**1. Marca con una "X" el tipo de siniestro (Obligatorio)**

**Cobertura**

Desempleo involuntario  
(Trabajador Dependiente)

Incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad  
(Trabajador Independiente)

Monto del Crédito Solicitado  
(Obligatorio)

Monto de cuota del Crédito  
(Obligatorio)

Fecha de Ocurrencia del siniestro  
(Obligatorio)

Plazo del crédito  
(Obligatorio)

Autorizo a La Aseguradora, que pueda enviar válidamente cualquier comunicación y/o notificación por el trámite de esta solicitud al correo electrónico consignado en el presente documento. En caso no se consigne una dirección electrónica se enviará comunicaciones por escrito al domicilio físico designado.

**SÍ, ACEPTO.**

(Obligatorio)

Autorizo a La Aseguradora a solicitar al Banco aquella información que se requiera para poder concluir la revisión de la liquidación de mi siniestro ocurrido en la fecha mencionada, para esto procedo mediante la presente a dar mi autorización previa al Banco para que pueda brindar dicha información a La Aseguradora. Asimismo, autorizo al Banco a compartir con La Aseguradora la información del Asegurado que califique como "Datos Personales" conforme a la legislación de la materia, para efectos de la evaluación de su solicitud de cobertura del seguro.

Frente a cualquier consulta adicional, puede comunicarse a través de los siguientes canales:

**(a) WhatsApp Banco Falabella: (01) 615-4300**

**(b) Pacífico Seguros: Central de Información y Consultas: 513-5000** o Oficina Principal: Av. Juan de Arona 830, San Isidro – Lima.

Declaro bajo juramento que el siniestro de la referencia no fue originado por un acto, plan o consecuencia de parte del Asegurado o de quien suscribe el presente documento. No existe nada que haya sido hecho con el conocimiento o consentimiento del mismo para violar las condiciones de esta póliza o invalidarla. Asimismo, declaro que la información y documentación consignada son exactas en todas sus partes, que conozco y asumiré las consecuencias legales que implica el hacer una declaración falsa. Por todo lo expuesto, acepto someterme a los exámenes que la Compañía indique para confirmar la veracidad y pido a ustedes revisar el caso según lo solicitado.

**2. Datos del asegurado**

Nombre\*

Apellido Paterno\*

Apellido Materno\*

Dcto. de Identidad\*

Número de Documento \*

Dirección\*

E-mail\*

Departamento\*

Provincia\*

Distrito\*

Teléfono\*

### 3. Documentos a presentar para solicitar la cobertura\*

#### Desempleo involuntario (Trabajador Dependiente)

Documentos a presentar en caso de siniestro por Desempleo Involuntario	Trabajador formal con contrato		Empleados públicos	Miembros de FF.AA. Y Policiales	Documento entregado
	Indefinido	Plazo Fijo			
1. Copia del DNI o documento de identidad del Asegurado	X	X	X	X	<input type="checkbox"/>
2. Registro de indemnización de siniestros para Seguro de Protección Financiera	X	X	X	X	<input type="checkbox"/>
3. Copia de la liquidación de beneficios sociales por despido o mutuo disenso y/o constancia de pago emitido por el empleador. Expedido por la institución en caso de empleados públicos. En el caso de FF.AA. y Policiales documento similar expedido por la autoridad administrativa de las Fuerzas Armadas o Policiales según corresponda	X	X	X	X	<input type="checkbox"/>
4. Copia de la última boleta de pago de remuneraciones	X	X	X	X	<input type="checkbox"/>
5. Copia de carta de despido sellada y firmada por el representante de la empresa o documento similar que sustente el desvinculo laboral. En caso de no contar con los documentos de despido formalmente cursados por el empleador, se deberá presentar la constatación policial o de la autoridad administrativa de trabajo que dé cuenta del hecho producido	X	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Copia de carta de despido o resolución administrativa o documento oficial que acredite la causa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

#### Incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad (Trabajador Independiente)

- Copia del DNI o documento de identidad del Asegurado.
  - Registro de indemnización de siniestros para Seguro de Protección Financiera. Mensualmente, se deberá presentar la Declaración Jurada confirmando su situación de incapacidad temporal y/o enfermedad.
  - Certificado Médico en el que conste la información sobre los días requeridos de reposo por Incapacidad Temporal, detallando:
    1. Causas de incapacidad.
    2. Diagnóstico definitivo.
    3. Número de historia médica.
    - 4.Tratamiento realizado y los documentos sustentatorios (exámenes auxiliares).
    5. Pronóstico, días de descanso.
    6. Clínica u hospital donde recibió la atención.
    7. Médico especialista.
    8. Fecha de atención (esta declaración deberá ser presentada actualizada de manera mensual).
  - Autorización del Asegurado para revisión de historias clínicas.
  - Copia Legalizada de su Declaración Jurada de rentas de 4ta categoría.
  - Copia Legalizada de su Declaración Jurada de rentas de 3era categoría (empresa individual de responsabilidad limitada).
- La Compañía podrá investigar, revisar o comprobar la autenticidad de la información y/o documentación recibida. Si cualquier información y/o documentación fuera simulada o fraudulenta, el Asegurado y/o su(s) Beneficiario(s) perderá(n) todo derecho a indemnización, sin perjuicio que la Compañía inicie las acciones legales pertinentes contra los responsables.

La recepción de los documentos por parte del Banco Falabella (en adelante el Banco) y/o por Pacífico Seguros (en adelante La Aseguradora) no implica un pronunciamiento respecto de la conformidad de los mismos ni sobre el monto reclamado, ni que el siniestro será cubierto por La Aseguradora. En tal sentido, no se entenderá consentido el siniestro. El Banco procederá a enviar a La Aseguradora el presente formulario y la documentación que se ha solicitado para que realice la gestión de su solicitud de cobertura del seguro. La Aseguradora evaluará la documentación presentada, y en caso de encontrar observaciones o de necesitar información adicional o mayores evidencias, o de ser necesarias investigaciones adicionales, se le enviará una comunicación al cliente. Una vez presentada y aprobada toda la documentación, La Aseguradora a través de El Banco pagará al asegurado y/o beneficiario las indemnizaciones correspondientes en un plazo máximo de treinta (30) días calendario después de presentada toda la documentación.

### 4. Cierre solicitud

Mediante el mensaje enviado manifiesto mi conformidad de la solicitud ingresada\*

Fecha de Registro de Solicitud de Atención de Siniestro:

Firma del Cliente: