

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Nº de póliza: 59172301232 7217200107	Seguro: Protección Financiera Vida Préstamo Efectivo	Contratante: Banco Falabella	Sucursal donde presenta el siniestro:
--	--	---------------------------------	---------------------------------------

DATOS DEL ASEGURADO (Todos los campos son obligatorios)

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:

Nombres:	Apellidos:	Documento de Identidad: DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>
		Nº de documento:
Nacionalidad:	Fecha nacimiento: / /	Tipo de Asegurado: Titular <input type="checkbox"/>

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia: / /	Fecha de presentación del siniestro: / /
Cobertura Principal afectada:	
<u>Seguro Protección Financiera:</u>	
<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario	
<input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal	
<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves	
<u>Seguro Vida Préstamo Efectivo:</u>	
<input type="checkbox"/> Fallecimiento	

DATOS DEL RECLAMANTE (Todos los campos son obligatorios)

El reclamante puede ser el mismo asegurado u otro beneficiario(s):

Nombres:	Apellidos:	Documento de Identidad: DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>
		Nº de documento:
Nacionalidad:	Autorizo envié por correo electrónico: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Teléfono:
	Correo Electrónico:	Celular:
Dirección Actual:	Distrito:	Provincia:
		Departamento:

Fecha de Presentación de Documentos	Firma Asegurado / Reclamante

Fecha de Recepción de Documentos	Sello y firma de Cardif	Fecha de Recepción de Documentos	Sello y firma de Banco Falabella



Nota:

Si El Asegurado y/o Beneficiario 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 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.

DOCUMENTOS A PRESENTAR SEGÚN COBERTURA

**La evaluación del siniestro dependerá de la conformidad de la documentación con lo reglamentado en la misma.
Plazo para pronunciarse por el Siniestro: 30 días calendarios de ocurrido el Siniestro.**

Seguro de Protección Financiera:

Para la Cobertura de Desempleo Involuntario

- Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de la carta de despido o de la constatación policial del despido.
- Copia simple de la liquidación de beneficios sociales por despido en la que se establezca la causal de despido.
- Copia de la certificación laboral en la que se establezca fecha de inicio y fin del contrato.

Para la cobertura de Incapacidad Temporal

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal y días de incapacidad emitido por el médico tratante.
- Copia simple de la Historia Clínica.

Para la cobertura de Enfermedades Graves

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia de la Historia clínica.
- Copia simple del informe o certificado que contenga el diagnóstico de la enfermedad y los estudios que prueben el diagnóstico.
- En caso de cáncer, adicionalmente, los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico.

Seguro de Vida Préstamo Efectivo

Para la Cobertura de Fallecimiento

- Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.
- Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios.

En caso la Compañía requiera aclaramientos o precisiones adicionales respecto de la documentación e 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, Certificado o Condiciones Particulares, suspendiéndose el plazo de treinta (30) días con el que cuenta la Compañía para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.