



**1. Datos del Asegurado (Obligatorio)**

Nombres y apellidos completos

Tipo de Doc.  
de Identidad

Número de Documento

Si desea recibir su respuesta  
por carta, ingrese su  
Dirección de destino

Departamento

Provincia

Si desea recibir su respuesta por  
correo electrónico ingrese su  
Email

Distrito

Teléfono

**2. Detalle las circunstancias de cómo sucedieron los hechos (incluir fecha/hora)**

**3. Detalle de la ocurrencia del siniestro (incluir fecha/hora, así como detalle de transacciones y montos):**

Fecha bloqueo

Call center

**Canal de bloqueo**  
(marca una  
opción con "X")

Chat

Hora de bloqueo

Oficina

(presencial)

Detalle de las transacciones

Fecha de transacción	Hora de transacción	Detalle de Transacción	Monto	Tipo de Cuenta (crédito / débito)	Tipo de tarjeta (titular / adicional)

¿Ha recibido alguna comunicación (virtual, por teléfono o presencial) en donde se le preguntó datos personales o de su tarjeta?

Si

No

Monto Total Reclamado (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 Corredores de Seguros Falabella: (01) 615-6000

(b) Pacífico Seguros: Central de Información y Consultas: 513-5000 u 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 asumiría las consecuencias legales que implica el hacer una declaración falsa. Por todo lo expuesto, pido a ustedes revisar el caso según lo solicitado.

#### 4. Marca con una "X" el tipo de Cobertura solicitada y los documentos presentados (Obligatorio)

Marcar (X) la entrega de los documentos requeridos	Uso indebido de la Tarjeta	Fraude por Internet	Robo en Cajero Electrónico o Ventanilla	Muestra Accidental por Robo, Asalto y/o Secuestro	Renta Hospitalaria como consecuencia de un Robo, Asalto y/o Secuestro	Reposición de Documentos
Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por Pacífico Seguros						
Copia simple de la denuncia policial en la que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar de ocurrencia.						
Copia simple de la constancia emitida por la entidad financiera donde se identifique la fecha y la hora del bloqueo.			N/A	N/A	N/A	N/A
Documento emitido por la entidad financiera que especifique fecha de compra, fecha de facturación, hora de bloqueo y canal de origen de la transacción si es físico o digital (puede ser un screenshot del App con el detalle mencionado).				N/A	N/A	N/A
Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A
Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios Legales.	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A
Copia simple de Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A
Copia simple del Atestado Policial Completo (incluya Informe y Conclusión) o Conclusión final de la Fiscalía a cargo del caso, en caso corresponda.	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A
Sucesión intestada inscrita en Registros Públicos.	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A
Copia simple de la historia clínica o epicrisis en la cual se evidencie los días de hospitalización y la causa de la misma.	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A
Copia simple del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso de haberse realizado.	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A

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.

Se recuerda que es fundamental para el inicio del proceso de análisis de la solicitud de cobertura de un siniestro que el Asegurado cumpla con la entrega de todos los documentos solicitados y que están detallados en el respectivo certificado de seguro, de no hacerlo o de no presentar las aclaraciones a dichos documentos que le puedan ser solicitadas; no se podrá culminar el proceso de análisis de la cobertura, y tampoco se podrá dar por consentido el siniestro en dichos casos.

Mediante el mensaje enviado manifiesto mi conformidad de la solicitud ingresada

Fecha de Registro de Solicitud de Atención de Siniestro:

Firma del Cliente:

Nombre y firma de Asesor: