

\* Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_  
dd/mm/aaaa

\* Fecha de epicrisis: \_\_\_\_\_  
dd/mm/aaaa

## REGISTRO DE INDEMNIZACIÓN DE SINIESTROS - SEGURO SALUD PROTEGIDA

### 1. DATOS DEL ASEGURADO A INDEMNIZAR

Nombre completo \*

\* DNI ☐ CE ☐

Teléfono / Celular

Correo electrónico \*

### 3. FORMA DE PAGO EN CASO EL SINIESTRO FUESE APROBADO. (CAMPO OBLIGATORIO)

#### BANCO \*

☐ BCP

☐ Scotiabank

☐ Banco BBVA

☐ Otro Banco \_\_\_\_\_

#### TIPO DE CUENTA \*

☐ Ahorros

☐ Corriente

☐ Maestra (BCP)

#### TIPO DE MONEDA \*

☐ Soles

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

**Número de dígitos por tipo de cuenta:** BCP (Cta Ahorros y Cta Corriente): 14 dígitos; BCP Cuenta Maestra: 13 dígitos; Scotiabank: 10 dígitos y BBVA: 20 dígitos (0011 + 16 dígitos). Para otros bancos\* colocar el CCI respectivo.

\* No se aceptan cuentas de Cajas Municipales, Mi Banco, Banco Ripley o Banco Falabella.

**NOTA:** La cuenta debe pertenecer al asegurado titular de la póliza.

Para el pago del siniestro, el asegurado titular de la póliza deberá acercarse a las oficinas del Banco Falabella con los siguientes documentos:

- Formato de Registro de Indemnización de siniestros (RIS) proporcionado por la compañía.
- Copia de Documento de Identidad del asegurado titular de la póliza.
- Epicrisis original, o copia con certificación de reproducción notarial, o copia fedateada por funcionario autorizado. Dicho documento deberá estar suscrito por el médico tratante.

En caso del fallecimiento del titular, se solicitarán documentos adicionales.

#### Nota:

Para determinar la procedencia del pago del siniestro, la Compañía de Seguros evaluará toda la documentación exigida en el Certificado de Seguro. Se podrá requerir documentación adicional si, en los 20 días siguientes de presentada toda la documentación exigida, se hallan observaciones, se necesita información adicional o mayores evidencias. Una vez presentado esto último, la Compañía de Seguros se pronunciará por escrito dentro de un plazo de 30 días calendarios al correo registrado en este formulario.

Firma del asegurado titular