

**DATOS DE LA PÓLIZA**

N° Póliza 59080857	N° Crédito	Fecha de desembolso del préstamo / /	Sucursal donde presenta el siniestro
-----------------------	------------	---	--------------------------------------

**DATOS DEL ASEGURADO**

(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"/> L.E. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>			Nacionalidad
Fecha nacimiento / /	Dirección actual			Teléfono		Celular	
e-Mail		Ocupación/profesión/cargo		Nombre del centro de labores		Tiempo de servicio	
En el caso de los (*) PEP nombre de los parientes hasta el 2do grado de consanguinidad y afinidad y del cónyuge							

(\*) PEP: Personas expuestas políticamente o que administran recursos públicos

**DATOS DEL SINIESTRO**

Fecha de ocurrencia / /	Fecha de notificación o presentación del siniestro a la Compañía / /		
Cobertura afectada Desempleo Involuntario <input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal <input type="checkbox"/> Hospitalización por Accidente <input type="checkbox"/>			
Este siniestro corresponde al 1er. y 2do. Mes <input type="checkbox"/> 3er. Mes <input type="checkbox"/> 4to. Mes <input type="checkbox"/>			
Nombre del empleador (hasta la fecha de cese para trabajadores dependientes) o actividad realizada antes de la incapacidad			Fecha de ingreso y de cese del último trabajo / /   / /

**MÉDICO TRATANTE**

(Solo en caso de Incapacidad Temporal u Hospitalización por Accidente)

Nombres		Apellidos		CMP	Especialidad
Dirección (Consultorio Particular/Clínica u Hospital donde trabaja)			Distrito		Ciudad
Teléfono		Fax		e-Mail	

El asegurado o sus Beneficiarios podrán llamar a Servicio de Atención al Cliente al 615 5700 para conocer el estado de su siniestro, luego de 7 días de haber presentado su siniestro.

Nota: El Asegurado 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 del Banco de la Nación o de Cardif del Perú S.A. Compañía de Seguros en el presente formulario o sus anexos no implica conformidad en la recepción de la información o de los documentos entregados. El Asegurado 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 mi Historia Clínica.

Fecha	Firma Asegurado

## Documentos a Presentar según Cobertura

Los documentos presentados a continuación son un resumen de lo estipulado en la póliza. La evaluación del siniestro dependerá de la conformidad de la documentación con lo reglamentado en la misma.

### Desempleo Involuntario

#### El cliente deberá presentar para el primer y segundo Mes

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por el Banco de la Nación
- Copia del Documento de Identidad del Asegurado
- Copia de la Carta de Despido o Resolución de Cese emitida por la empresa o Institución, o en su defecto constatación policial por despido de facto o hecho.
- Copia de la Liquidación de Beneficios sociales por despido o mutuo disenso y constancia de pago
- Certificado de trabajo
- Certificado de aportaciones a la AFP o la ONP correspondientes al mes siguiente del cese
- Declaración Jurada manifestando que a la fecha se encuentra en situación de desempleo.
- Carta para la libre disponibilidad de la cuenta CTS por cese, debidamente firmada y sellada por el empleador

#### El cliente deberá presentar para el tercer y cuarto Mes

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por el Banco de la Nación
- Certificado de aportaciones a la AFP o la ONP correspondientes al mes de desempleo reclamado
- Declaración Jurada manifestando que a la fecha se encuentra en situación de desempleo.

### Incapacidad Temporal

#### El cliente deberá presentar para el primer y segundo Mes

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por el Banco de la Nación
- Copia del Documento de Identidad del Asegurado
- Copia de Historia Clínica
- Constancia de Ingresos del Trabajador Dependiente o Independiente
- Certificado e Informe Médico completo

#### El cliente deberá presentar para el tercer y cuarto Mes

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por el Banco de la Nación
- Certificado Médico sobre la continuación de la licencia médica o incapacidad
- Constancia de Ingresos del Trabajador Dependiente o Independiente

### Hospitalización por Accidente

#### El cliente deberá presentar para el primer y segundo Mes

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por el Banco de la Nación
- Copia del Documento de Identidad del Asegurado
- Copia de la Historia Clínica
- Copia del Comprobante de pago de la Clínica u Hospital donde recibió la atención médica por el accidente
- Informe Médico en el que se detalle: Diagnóstico definitivo, tratamiento realizado, días de hospitalización, número de historia médica donde recibió la atención, médico tratante, fechas de atención

#### El cliente deberá presentar para el tercer y cuarto Mes

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por el Banco de la Nación
- Certificado Médico sobre la continuación de la licencia médica o incapacidad

La Obtención de los documentos necesarios es de responsabilidad del Asegurado, debiendo entregar los originales o copias legalizadas (cuando así se solicite).

**El expediente del siniestro sólo podrá ser tramitado una vez que el Asegurado complete toda la información requerida y detalla en este documento. La Compañía se reserva el derecho de solicitar información adicional, en caso necesario.**