

! DATOS DE LA PÓLIZA		N° de Póliza	N° de Certificado	Fecha de inicio Póliza
				/ /

! DATOS DEL SOLICITANTE/ASEGURADO

Nombres y Apellidos (*)

Documento de Identidad (*)
N° DNI C.E.

Nacionalidad(*)

Dirección actual - Completa ()** **Distrito(*)** **Provincia(*)** **Departamento (*)**

Teléfono fijo (*) **Celular (*)** **E-mail (*)**

Ocupación/Profesión/Cargo (*) **Centro Laboral (*)**

(*) Campos obligatorios. (**) Utiliza la dirección exacta donde haya siempre una persona que pueda recibir las comunicaciones que podríamos enviar sobre el presente caso presentado.

De acuerdo al Reglamento de Gestión de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo y normas complementarias/conexas emitidas por la SBS, es importante completar los siguientes datos:

1. ¿ Eres el asegurado titular? SI NO
En caso tu respuesta sea SI. Por favor responder el punto 2.

2. PEP (*) SI NO
En caso tu respuesta sea SI. Por favor responder los puntos 3 ,4,5 y 6.

3. Organismo Público

4. Cargo/Posición/ Función Pública

5. Fecha inicio / /

6. Fecha fin / /

(*) PEP: Personas Expuestas Políticamente (Personas naturales, nacionales o extranjeras, que cumplen o que en los últimos cinco (5) años hayan cumplido funciones públicas destacadas o funciones prominentes en una organización internacional, en el Perú o extranjero). Asimismo, se considera como PEP al colaborador directo de la máxima autoridad de la institución.

! DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia

 / /

Marca la(s) cobertura(s) afectada(s):

2 Cobertura Principal

Sepelio Luto Traslado de restos Beneficio Educacional

Cobertura Adicional

Luto Accidental Desamparo Súbito Familiar

DECLARACIÓN JURADA DE LAS CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO – Cuéntanos en detalle lo que pasó

! IMPORTANTE

- El Solicitante autoriza a la Compañía 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.
- El Solicitante 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 Banco de la Nación o de la Compañía en el presente formulario o sus anexos no implica conformidad sobre la información de los documentos recibidos.

! PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La Compañía informa al solicitante que sus datos personales serán registrados en el banco de datos personales de titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380 Piso 11, San Isidro, incluyendo sus datos sensibles, para la atención de su solicitud. El tratamiento de los datos podrá ser encargado, para la misma finalidad, a terceros con los que la Compañía mantenga una relación contractual, de acuerdo a la lista que se actualizará permanentemente en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. En caso de no proporcionar los datos personales antes solicitados, la Compañía no podrá realizar a su favor la finalidad antes indicada. Usted puede ejercer sus derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición llenando el formulario al que puede acceder a través de la página web antes señalada y remitiéndolo a servicioalcliente@cardif.com.pe o de manera presencial en la dirección antes indicada. Los datos personales proporcionados serán conservados en el plazo establecido por la legislación vigente.

! CONSENTIMIENTO

En el marco del siniestro materia de la presente solicitud, el Solicitante otorga su consentimiento libre, previo, expreso, informado e inequívoco para compartir la información declarada con empresas del sistema de seguros, con la finalidad de verificar la existencia de concurrencia de pólizas que cubran el mismo riesgo.

Sí acepto

No acepto

Fecha:	Firma del Solicitante:	Fecha:	Sello y firma Banco:	Fecha:	Sello y firma Cardif:
		Agencia:			

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.

Seguro de Sepelio

Para la cobertura: • **Fallecimiento por causa Natural (Sepelio y Luto):**

- Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del documento de identidad del beneficiario.
- Copia simple del Acta y certificado de Defunción del Asegurado.
- Copia simple de la Historia Clínica.
- Copia simple del Testimonio del Acta de la sucesión Intestada o del Testimonio en Escritura pública o de la Resolución Judicial firme que acredite la sucesión intestada, con la respectiva copia literal de la Partida Registral emitida por los registros Públicos en donde figure la Anotación Definitiva de su inscripción, en caso de no tener designados Beneficiarios en la póliza.

• **Adicional a los Documentos Sustentatorios antes indicados, para la cobertura de Fallecimiento a consecuencia de un Accidente (Sepelio y Luto), deberán presentarse los siguientes documentos:**

- Copia simple del Informe, Parte o Atestado, según corresponda.
- Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.

• **Adicional Para el pago del concepto de Traslado, adicionalmente a los documentos antes señalados:**

- Copia simple del comprobante de pago donde se acredite los gastos incurridos para el Traslado a la ciudad de origen del Asegurado.

• **Adicional Para el pago del concepto de Beneficio Educacional, adicionalmente a los documentos antes señalados:**

- Copia simple de la Partida de nacimiento de los hijos del Asegurado

Para la cobertura: • **Luto Accidental para la cobertura de fallecimiento accidental**

- Copia simple del Informe, Parte o Atestado, según corresponda.
- Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.

Para la cobertura: • **Desamparo Súbito Familiar**

- Copia simple del Acta de Defunción del Cónyuge.
- Original y/o copia certificada del Certificado de Defunción del Cónyuge.

NOTAS IMPORTANTES

En caso la Compañía requiera documentación adicional para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibidos los Documentos Sustentatorios establecidos en la Solicitud-Certificado, suspendiéndose el plazo hasta que se presente la documentación adicional correspondiente. En caso de Siniestros en el extranjero, los documentos deberán ser legalizados por el Consulado Peruano del país donde ocurrió el siniestro, y validado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Perú; o de ser el caso, debidamente apostillados. En caso los documentos estén en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial y visado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.