

**DATOS DE LA PÓLIZA**

No. Póliza	No. Certificado	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) (\*) PEP Personas expuestas políticamente o que administran recursos públicos.

Nombres			Apellidos		
Documento de Identidad DNI <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Nacionalidad		Fecha nacimiento / /	
(**) Campos obligatorios. (***) Consignar la dirección exacta donde haya siempre una persona quien reciba las comunicaciones que podríamos remitir sobre el presente caso presentado.					

**DATOS DEL SINIESTRO**

Fecha de ocurrencia / /	Fecha de notificación o presentación del siniestro a la Compañía / /
Cobertura Principal afectada: <input type="checkbox"/> Sepelio. <input type="checkbox"/> Luto. <input type="checkbox"/> Traslado de restos. <input type="checkbox"/> Beneficio Educacional.	
Cobertura Adicional afectada: <input type="checkbox"/> Luto Accidental. <input type="checkbox"/> Desamparo Súbito Familiar.	

**DATOS DEL RECLAMANTE**

Nombres(**)		Apellidos(**)		Documento de Identidad DNI <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	
Dirección Actual(**)(***)		Distrito(**)	Provincia(**)	Departamento(**)	
E-mail (**)			Teléfono (**)		Celular (**)
(**) Campos obligatorios. (***) Consignar la dirección exacta donde haya siempre una persona quien reciba las comunicaciones que podríamos remitir sobre el presente caso presentado.					

Nota: 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 del Banco 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.

Fecha	Firma Reclamante y/o Beneficiario

Fecha	Sello y Firma Banco de la Nación
Nombre de la agencia	

Fecha	Sello y firma Cardif

## 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.

### Para las cobertura de Fallecimiento

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del documento de identidad del beneficiario.
- Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.
- Original y/o copia certificada del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Historia Clínica Completa foliada y fedateada del Asegurado, en caso la Compañía lo requiera.
- Original y/o copia legalizada de la Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.

Adicional a los Documentos Sustentatorios antes indicados, para la cobertura de **Fallecimiento a consecuencia directa e inmediata de un Accidente**, deberán presentarse los siguientes documentos:

- Original y/o copia legalizada del Atestado Policial.
- Original y/o copia legalizada del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje Etilico.

### Para la cobertura de Traslado

- Factura de gastos incurridos por el Traslado a la ciudad de origen.

### Para la cobertura de Beneficio Educativo

- Partida de Nacimiento de los hijos del Asegurado Titular.

### Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar

Adicionalmente a los documentos Sustentatorios señalados en la cobertura de Fallecimiento por Accidente:

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

La Compañía se reserva el derecho de solicitar en caso lo estime conveniente documentación adicional necesaria para continuar la evaluación del Siniestro. 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 recibida 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 estar 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.