

Solicitud de Cobertura de Siniestros
Datos Generales del Siniestro

Fecha del Siniestro			Agencia o Sucursal de registro de Solicitud		
Día	Mes	Año			
Tipo de Seguro					
SOAT O Vida Individual O Desgravamen O Banca Seguros O SCTR O Vida Ley O Renta Particular Plus O Otro O					
Cobertura solicitada					
Incapacidad Temporal O		Fallecimiento O		Gastos de Sepelio O Otros O	
Invalidez Permanente O		Fallecimiento Accidental O		Gastos Médicos O	

Datos Personales del Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento					
Día	Mes	Año	Doc. Identidad DNI O RUCO CEO		
			Sexo		
			Masculino O Femenino O		
Teléfono Casa		Celular		Correo electrónico	

Contacto (En caso de que la solicitud sea presentada por un tercero)

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Doc. Identidad DNI O RUCO CEO					
Sexo		Relación con el asegurado			
Masculino O Femenino O					
Domicilio Jr. O Av. O Calle O Pje. O					N° / Mz / Lt / Dpto.
Distrito		Provincia		Departamento	
Teléfono Casa		Celular		Correo electrónico	

Datos de los Beneficiarios
Beneficiario 1

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento					
Día	Mes	Año	Doc. Identidad DNI O RUCO CEO		
			Sexo		
			Masculino O Femenino O		
Estado Civil				Nacionalidad	
Soltero(a) O Casado(a) O Viudo(a) O Divorciado(a) O Otros:Conviviente O				Residencia	
Domicilio Jr. O Av. O Calle O Pje. O					N° / Mz / Lt / Dpto.
Distrito		Provincia		Departamento	
				¿Es Sujeto Obligado?	
				Sí O No O	
Centro de Labores		Profesión u ocupación		Cargo que desempeña	
¿Es PEP?		Teléfono		Correo electrónico	
Sí* O No O				Relación con el asegurado	

Beneficiario 2

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

Fecha de Nacimiento Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Doc. Identidad DNI O RUCO CEO	Sexo Masculino O Femenino O
--	-------------------------------	--------------------------------

Estado Civil Soltero(a) O Casado(a) O Viudo(a) O Divorciado(a) O Otros:Conviviente O	Nacionalidad	Residencia
---	--------------	------------

Domicilio Jr. O Av. O Calle O Pje. O	N° / Mz / Lt / Dpto.
--------------------------------------	----------------------

Distrito	Provincia	Departamento	¿Es Sujeto Obligado? Sí O No O
----------	-----------	--------------	-----------------------------------

Centro de Labores	Profesión u ocupación	Cargo que desempeña
-------------------	-----------------------	---------------------

¿Es PEP? Sí* O No O	Teléfono	Correo electrónico	Relación con el asegurado
------------------------	----------	--------------------	---------------------------

Beneficiario 3

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

Fecha de Nacimiento Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Doc. Identidad DNI O RUCO CEO	Sexo Masculino O Femenino O
--	-------------------------------	--------------------------------

Estado Civil Soltero(a) O Casado(a) O Viudo(a) O Divorciado(a) O Otros:Conviviente O	Nacionalidad	Residencia
---	--------------	------------

Domicilio Jr. O Av. O Calle O Pje. O	N° / Mz / Lt / Dpto.
--------------------------------------	----------------------

Distrito	Provincia	Departamento	¿Es Sujeto Obligado? Sí O No O
----------	-----------	--------------	-----------------------------------

Centro de Labores	Profesión u ocupación	Cargo que desempeña
-------------------	-----------------------	---------------------

¿Es PEP? Sí* O No O	Teléfono	Correo electrónico	Relación con el asegurado
------------------------	----------	--------------------	---------------------------

Beneficiario 4

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

Fecha de Nacimiento Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Doc. Identidad DNI O RUCO CEO	Sexo Masculino O Femenino O
--	-------------------------------	--------------------------------

Estado Civil Soltero(a) O Casado(a) O Viudo(a) O Divorciado(a) O Otros:Conviviente O	Nacionalidad	Residencia
---	--------------	------------

Domicilio Jr. O Av. O Calle O Pje. O	N° / Mz / Lt / Dpto.
--------------------------------------	----------------------

Distrito	Provincia	Departamento	¿Es Sujeto Obligado? Sí O No O
----------	-----------	--------------	-----------------------------------

Centro de Labores	Profesión u ocupación	Cargo que desempeña
-------------------	-----------------------	---------------------

¿Es PEP? Sí* O No O	Teléfono	Correo electrónico	Relación con el asegurado
------------------------	----------	--------------------	---------------------------

Beneficiario 5

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Doc. Identidad DNI O RUCO CEO		Sexo Masculino O Femenino O	
Estado Civil Soltero(a) O Casado(a) O Viudo(a) O Divorciado(a) O Otros:Conviviente O			Nacionalidad		Residencia
Domicilio Jr. O Av. O Calle O Pje. O				N° / Mz / Lt / Dpto.	
Distrito		Provincia		Departamento	
Centro de Labores		Profesión u ocupación		Cargo que desempeña	
¿Es PEP? Sí* O No O		Teléfono		Correo electrónico	
				¿Es Sujeto Obligado? Sí O No O	
				Relación con el asegurado	

Documentación**Documentos presentados:**

<input type="checkbox"/> Acta o Partida de defunción	<input type="checkbox"/> Recetas médicas
<input type="checkbox"/> Certificado médico de defunción	<input type="checkbox"/> Boletas y/o facturas que sustenten gastos
<input type="checkbox"/> Copia de Doc. Id. del Asegurado	<input type="checkbox"/> Pago por duplicado de documentos
<input type="checkbox"/> Copia de Doc. Id. Del (de los) Beneficiario(s)	<input type="checkbox"/> Antecedentes relativos al accidente
<input type="checkbox"/> Historia clínica completa, foliada y fedateada	<input type="checkbox"/> Documentación sustentatoria de solicitud de pago
<input type="checkbox"/> Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal	<input type="checkbox"/> Declaración jurada de Beneficiarios
<input type="checkbox"/> Resultado de dosaje etílico	<input type="checkbox"/> Declaratoria de Herederos
<input type="checkbox"/> Resultado de análisis toxicológico	<input type="checkbox"/> Copia certificada de la ocurrencia policial
<input type="checkbox"/> Comprobates de pago	<input type="checkbox"/> Certificado y protocolo de necropsia compelto
<input type="checkbox"/> Informe médico	<input type="checkbox"/> Certificado médico y otros documentos que acrediten
<input type="checkbox"/> Otros documentos: _____	incapacidad temporal o invalidez permanente

Observaciones: _____

Evaluación del Siniestro y Plazo para la comunicación del Rechazo

La recepción de la presente solicitud y de la documentación adjuntada no implica la aceptación de la cobertura del siniestro. Los documentos deberán ser analizados por la Compañía, la cual deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo de la solicitud dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para la liquidación del siniestro.

NOTA: es importante señalar que en el caso del seguro de Vida Ley y el Seguro Obligatorio por Accidentes de Tránsito (SOAT), el plazo para el pronunciamiento de la Compañía es de veinticuatro (24) horas y (10) días, respectivamente.

En caso que la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado o el/los Beneficiarios, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días de plazo anteriormente señalado; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

Mecanismo de Comunicación

El (los) Beneficiario(s) declara(n) su conformidad para que el mecanismo de comunicación asociado a esta solicitud sea mediante uno de los siguientes medios:

Correo electrónico Envío a domicilio Otro: _____

En caso la solicitud contenga dos o más Beneficiarios, se utilizarán también las direcciones de correo electrónico o domicilio indicadas en la sección de Datos de los Beneficiarios. Asimismo, el(los) Beneficiario(s) deja(n) expresa constancia de su aprobación, acordando que, desde la **En señal de conformidad a los acuerdos anteriormente mencionados, suscribo la presente a los..... de..... del 20.....**

Firma Beneficiario 1_____
Firma Beneficiario 2_____
Firma Beneficiario 3_____
Firma Beneficiario 4_____
Firma Beneficiario 5_____
Firma de Ejecutiva