

DATOS DE LA PÓLIZA

No. Póliza	No. Certificado	Fecha de Ingreso a la Póliza / /	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"/> No.		
Nacionalidades (**)	Fecha nacimiento: / /	Estado Civil:		
Dirección actual - completa (***)		Distrito (**)	Provincia (**)	Departamento(**)
Teléfono fijo (**)	Celular (**)	E-mail (**)		
Ocupación/profesión/cargo:		Nombre del centro de labores:	Tiempo de servicio:	

(**) 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 Principales afectada: <input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario (aplica a trabajadores dependientes). <input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal (aplicable a trabajadores independientes, miembros de las fuerzas armadas, policiales, trabajadores del sector público, jubilados).	

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Nombres	Apellido	CMP	Especialidad	
Dirección(Consultorio Particular/Clinica u Hospital donde trabaja)		Distrito	Provincia	Departamento
Teléfono fijo	Celular	E-mail		

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 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 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 Asegurado

Fecha	Sello y Firma Financiera Confianza
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 la cobertura de Desempleo Involuntario. (aplica a trabajadores dependientes)

1. Para el primer pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la carta o resolución de cese emitida por la empresa o institución respectivamente, o en su defecto constatación policial por despido de facto o hecho.
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Convenio de Cese por Mutuo Disenso y/o de la liquidación de beneficios sociales que evidencie el pago de una indemnización (de corresponder).
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la liquidación de beneficios sociales por despido y constancia del pago, en caso corresponda. Se verificará el pago de 1.5 remuneraciones por cada año trabajado (o por cada mes pendiente de ejecución si fuera un contrato de trabajo con plazo determinado) más los beneficios de ley.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- Copia simple del Certificado de Trabajo.
- Copia simple del Contrato de Trabajo (de ser solicitado por la Compañía).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito (de corresponder).

2. Para cada uno de los siguientes pagos:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Declaración Jurada del Asegurado declarando encontrarse en situación de Desempleo.
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado de aportaciones a la AFP o la ONP correspondientes al mes de desempleo reclamado.

Para la cobertura de Incapacidad Temporal.

1. Para el primer pago:

- Formulario de declaración de Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal que debe indicar: Causas de la incapacidad, Diagnóstico definitivo, Tratamiento realizado y Pronóstico, Días de descanso, Número de historia médica y clínica u hospital donde recibió la atención, Médico tratante, Fechas de atención.
- Copia simple del informe médico completo (debe incluir Copia del Informe sucinto (resumen) de la historia clínica).

2. Para cada uno de los siguientes pagos:

- Formulario de declaración de Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal que debe indicar: Causas de la incapacidad, Diagnóstico definitivo, Tratamiento realizado y Pronóstico, Días de descanso, Número de historia médica y clínica u hospital donde recibió la atención, Médico tratante, Fechas de atención.

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.