

FOMATO DE SOLICITUD DE ATENCIÓN DE SINIESTROS

PRODUCTO OPTATIVO SEGURO DE PROTECCIÓN

Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras

Fecha de solicitud:

Marque con una X el (los) trámite(s) solicitado(s):

Muerte Natural o Accidental []	Indemnización por Hospitalización cesárea o parto natural []	
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer []	Indemnización diaria por Hospitalización []	Indemnización por Daños []

Para ser completado por colaborador de Compartamos Banco

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres	
Fecha de Nacimiento	Tipo de Documento y Nro.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombres	
Parentesco / Relación	Tipo de Documento y Nro.
Teléfono Fijo (*)	Celular / WhatsApp (*)
Email (*)	
Dirección y Distrito (*)	

(*) Los datos consignados serán utilizados como medios autorizados por la aseguradora para la comunicación de siniestros.

Datos del siniestro

Fecha del Siniestro:		
Fecha de Hospitalización: (en caso de aplicar)	Fecha de Ingreso:	Fecha de Egreso:

De aprobarse la solicitud de mi siniestro, autorizó que el monto indemnizado sea abonado en:

MEDIO DE PAGO	ELEGIR CON UNA (X)	NRO DE CUENTA DE AHORRO O NRO BIM COMPARTAMOS AFILIADO
NRO DE CUENTA		
BIM (*)		

(*) Aplica para montos menores a S/1,500 y que sean tramitados por el mismo asegurado o beneficiario.

Nota: De no haber informado la modalidad de pago, deberá acercarse a cualquier agencia de CB, presentando su documento de identidad para el cobro respectivo.

Checklist documentación requerida por cobertura para atención de siniestros

CHECKLIST DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR COBERTURA PARA ATENCIÓN DE SINIESTROS	SI	NO
Marque con una X el (los) trámite(s) solicitado(s)		
1. Formato de Reclamación de Siniestros (Documento Proporcionado por el Banco).		
Indemnización por cobertura Muerte Natural y Accidental	SI	NO
1. Original o copia simple de Certificado y Acta de defunción del ASEGURADO. (Anverso y Reverso)		
2. Original o copia simple del DNI del ASEGURADO TITULAR. (Anverso y Reverso)		
3. Original o copia simple del Documento de identidad de los beneficiarios. En caso los Beneficiarios sean los "Herederos legales", se deberá adjuntar Testamento o Testimonio de Sucesión Intestada definitiva e inscrita en Registros Públicos. (Anverso y Reverso)**		
4. Original o copia del Informe policial completo o diligencias fiscales. (Anverso y Reverso). Solo para la cobertura muerte accidental.		
5. Original o copia del Protocolo de necropsia. (Anverso y Reverso). Solo para la cobertura muerte accidental.		
Indemnización por cobertura de Sepelio	SI	NO
1. Original o copia simple DNI del ASEGURADO TITULAR y solicitante del servicio. (Anverso y Reverso)		
2. Original o copia de Certificado y Acta de Defunción, donde se indique la causa del fallecimiento. (Anverso y Reverso)		

Indemnización por cobertura diaria por hospitalización		SI	NO
1.	Original o copia simple de DNI del ASEGURADO TITULAR (Anverso y Reverso)		
2.	Original o copia simple de Factura o Boleta de liquidación que acredite la hospitalización del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del ASEGURADO TITULAR hospitalizado, el periodo (fecha de ingreso y alta del paciente) y el motivo de la hospitalización (En caso de que sea ESSALUD, no será necesario este requisito). (Anverso y Reverso)*		
3.	Original o copia de Certificado Médico con el (los) diagnóstico(s) presentados. (Anverso y Reverso)		
Indemnización por cobertura de diagnóstico de cáncer		SI	NO
1.	Original o copia simple del DNI del ASEGURADO TITULAR. (Anverso y Reverso)		
2.	Original o copia del Informe de la Anatomía Patológica que sustente el diagnóstico de cáncer certificado por un médico especialista registrado. (Anverso y Reverso)		
Indemnización por cobertura de Hospitalización por Cesárea o parto natural		SI	NO
1.	Original o copia simple del DNI del ASEGURADO TITULAR. (Anverso y Reverso)		
2.	Original o copia certificada de Factura o boleta de liquidación de la prestación y/o documento que acredite la hospitalización del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del ASEGURADO TITULAR hospitalizado y el motivo de la hospitalización (en caso de que sea ESSALUD no será necesario este requisito).		
3.	Certificado Médico con el o los diagnósticos(s) presentados.		
Indemnización por cobertura de daños de contenido		SI	NO
1.	Copia simple del DNI del ASEGURADO TITULAR. (Anverso y Reverso)		
2.	Póliza Simplificada (Certificado del Seguro) firmado por el cliente al momento de la contratación.		
3.	Declaración Jurada de bienes.		
4.	Informe de ocurrencia, redactado por el Asegurado o su representante, describiendo las circunstancias en que fue descubierto el siniestro y las acciones realizadas inmediatamente después de haberse descubierto el mismo. (Anverso y Reverso)		
Se podrá solicitar los siguientes documentos adicionales, en caso sea necesario:		SI	NO
1.	Documentos de Preexistencia de los bienes afectados (Facturas de adquisición, boletas, entre otros) Ningún siniestro podrá ser consentido por la COMPAÑÍA, si es que el ASEGURADO no cumple con estas obligaciones		
2.	Cotizaciones de reposición de las mismas características a los bienes afectados y reclamados. (Anverso y Reverso)		

* Debe incluir (nombre del titular, fecha de ingreso y alta del paciente y el motivo de la hospitalización).

En todos los casos el asegurado podrá presentar Original o copia simple de la documentación señalada líneas arriba y La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir al ASEGURADO TITULAR o los Beneficiarios cualquier documento o información adicional en original o copia simple, en caso las circunstancias específicas así lo ameriten.

**Aplicaría solo para los casos en que no se haya declarado el beneficiario, o este haya fallecido.

Firma y nombre
(Titular de la Póliza o Solicitante)

Unidad de Siniestros
MAPFRE

Sello y V°B° de recepción
Agencia Compartamos Banco

¹ Resolución S.B.S. N° 3202-2013

REGLAMENTO PARA LA GESTIÓN Y PAGO DE SINIESTROS

Artículo 4°. - Solicitud de cobertura

El asegurado o el beneficiario, según corresponda, debe presentar la solicitud de cobertura a la empresa, incluyendo la documentación e información completa señalada en la póliza de seguro para el proceso de liquidación del siniestro, mediante la cual, se pueda determinar la fecha y el lugar de la ocurrencia, la causa y las circunstancias del siniestro y el importe de los daños o pérdidas reclamadas.

La solicitud de cobertura presentada al comercializador del seguro tiene los mismos efectos como si hubiera sido presentada a la empresa, siendo esta responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de seguros, en que incurra el comercializador, y por los perjuicios que se pueda ocasionar a los asegurados o beneficiarios. Ello sin perjuicio de la responsabilidad del comercializador, frente a la empresa.

Los asegurados deben permitir que las empresas y/o los ajustadores de siniestros realicen todas las indagaciones necesarias para determinar la procedencia de la cobertura de un siniestro y el importe de la indemnización u otra prestación, según corresponda; caso contrario, no correrán los plazos indicados en los artículos 8° y 11° del presente Reglamento.