

FORMATO DE SOLICITUD DE ATENCIÓN DE SINIESTROS – PRODUCTO PROTECCION DE TARJETA / CUENTA PROTEGIDA

Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras

Fecha de Solicitud:

Marque con una X el (los) tramite(s) solicitado(s)

Muerte Accidental y/o invalidez permanente total []	Gastos médicos por hospitalización []	Uso indebido de la(s) tarjeta(s) de crédito y/o débito por compras fraudulentas vía internet []
Robo de dinero con violencia en ATM, Ventanilla y Agentes Corresponsales []	Gastos extraordinarios para la obtención de duplicado de documentos robados []	Robo de compras físicas realizadas con la tarjeta []
Uso indebido por transferencias electrónicas (vía medios digitales) []	Uso indebido de las tarjetas de débito y/o crédito por pérdida, robo o hurto en establecimientos comerciales o retiros en ATM, Ventanilla y agentes corresponsales []	

I. PARA SER COMPLETADA POR COLABORADOR DE COMPARTAMOS FINANCIERA

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

1. ¿Usted es el titular de la tarjeta afectada?	SI []	NO []
2. ¿Tiene seguros de protección de tarjetas en otras entidades financieras?	SI []	Cuáles? NO []
3. ¿Realizó el bloqueo de la(s) tarjeta(s) Afectada(s)? Indique fecha y hora	SI []	NO []
4. ¿Realizó denuncia policial? Indique fecha y en que comisaría	Fecha: dd / mm / aaaa	Hora: Comisaría:
5. ¿Qué tarjeta ha sido afectada? Indicar cuentas bancarias afectada y número de la tarjeta. En caso de ser más de una, deberá indicarla(s).		
6. ¿Cuál es la fecha en que se realizó el consumo?		
7. ¿Cuánto es el monto del reclamo?		
8. Cuándo y en donde ocurrió el evento? Explique detalladamente		

CHECK LIST DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA ATENCIÓN DE SINIESTROS

MARCAR CON UNA (X) EN CASO DE (SI) CONTAR CON LA INFORMACION Y (NO) EN CASO DE INFORMACION PENDIENTE NO ENTREGADA	SI	NO
Documentos Generales (en todos los casos):		
1. Original o copia simple de Certificado de Seguro firmado por el ASEGURADO TITULAR al momento de la contratación y/o último estado de cuenta donde se cobró la cuota de afiliación.		
2. Original o copia simple de Denuncia policial que debe incluir un detalle completo de los sucesos.		
Muerte accidental a consecuencia de asalto, robo o secuestro		
1. Original o copia simple de Partida de defunción		
2. Original o copia simple de Certificado Médico de defunción. (Anverso y Reverso)		
3. Original o copia simple de Examen toxicológico emitido por la Morgue (Anverso y Reverso)		
4. Original o copia simple de Protocolo de Autopsia (Anverso y Reverso)		
5. Original o copia simple de Sucesión intestada		
Invalidez permanente total a consecuencia del robo por asalto o secuestro	SI	NO
1. Copia simple del DNI del ASEGURADO TITULAR. (Anverso y Reverso)		
2. Original o copia simple de Dictamen de Invalidez emitidos por la Comisión Médica de MINSA, ESSALUD, EPS y/u otros documentos que la Aseguradora crea pertinentes para la evaluación del siniestro. (Anverso y Reverso)		
3. Copia de la Historia clínica foliada y fedateada del asegurado se requerirá para aquellos casos donde la Compañía de seguros lo considere necesario. (Anverso y Reverso)		
Robo de dinero con violencia en ATM, Ventanilla y Agentes Corresponsales	SI	NO
1. Original o copia simple de Documento de La Financiera donde indique la fecha, hora y código del bloqueo de la tarjeta y/o tarjetas.		
2. Original o copia simple de Documento de La Financiera donde indique la fecha, monto y hora del retiro y/o retiros de dinero efectuados.		
Reembolso por uso indebido por transferencias electrónicas (vía medios digitales) y/o reembolso por uso indebido por compras fraudulentas vía internet y/o Uso indebido de las tarjetas de débito y/o crédito por pérdida, robo o hurto en establecimientos comerciales o retiros en ATM, Ventanilla y agentes corresponsales.	SI	NO
1. Original o copia simple de documento de Bloqueo de la tarjeta		
2. Original o copia simple de documento de Estado de cuenta donde se detalle los movimientos realizados con la tarjeta.		
Reembolso de Gastos de Hospitalización		
1. Original o copia simple de documento de Comprobantes que sustenten el monto gastado.		
2. Original o copia simple de documento de Certificado Médico (Anverso y Reverso)		
Reembolso de Gastos Extraordinarios o Robo de Compras físicas realizadas con la(s) tarjeta(s) de crédito y/o débito	SI	NO
1. Original o copia simple de documento de Comprobantes que sustenten el monto gastado.		

MAPFRE PODRÁ SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL AL ASEGURADO, EN CASO DE SER NECESARIO.

IMPORTANTE: Compartamos Financiera NO iniciará el proceso de evaluación de la Solicitud de Atención de Siniestro ante la Compañía Aseguradora si Usted no presenta la documentación detallada en el cuadro precedente¹.

 Firma y nombre
 (Titular de la Póliza)

 Unidad de Siniestros
 MAPFRE

 Sello y V°B° de recepción-Agencia
 Financiera Compartamos

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.