

### FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTROS

El presente formato debe ser completado en letra legible, sin tachones ni rayas, escrita de puño y letra del asegurado/reclamante.

<b>PRODUCTO:</b>	
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Incapacidad Total Temporal
<b>COBERTURA AFECTADA</b>	
<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario	<input type="checkbox"/> Incapacidad Total Temporal

<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>															
Nombres:			Apellidos:												
<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> CE	Número de Documento:				Fecha de nacimiento:		D	D	M	M	A	A	A	A
Dirección Actual:					Parentesco y/o relación con el asegurado:										
Distrito:			Provincia:			Departamento:									
Celular:					Teléfono fijo:										
Correo electrónico :															

<b>DATOS DEL SINIESTRO</b>															
Fecha de ocurrencia del siniestro:					Fecha de Aviso del siniestro:										
D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A
Declaración de los hechos de siniestro: _____															
_____															
_____															

<b>DATOS DE RECLAMANTE: (Todos los campos son obligatorios) El reclamante puede ser el mismo asegurado u otro beneficiario(s)</b>															
Nombres:			Apellidos:												
<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> CE	Número de Documento:				Fecha de Nacimiento:		D	D	M	M	A	A	A	A
Dirección Actual:					Parentesco y/o relación con el asegurado:										
Distrito:			Provincia:			Departamento:									
Celular:					Teléfono fijo:										
Correo electrónico :															

El Asegurado y/o Reclamante autoriza a **BNP Paribas Cardif S.A.** Compañía de Seguros y Reaseguros a enviar toda comunicación relacionada con la gestión del siniestro presentado y/o cualquier otra comunicación relacionada con el seguro al correo electrónico consignado en el presente formulario, deberá mantener la cuenta de correo electrónico brindada, siempre habilitada y en condiciones operativas para la recepción de nuestras comunicaciones. 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 de la Entidad Financiera 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 consciente 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. En el marco del siniestro materia de la presente denuncia, el Asegurado y/o Beneficiario otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso, inequívoco, para el tratamiento de sus datos personales para la investigación y evaluación del presente siniestro, al interior de la ejecución del contrato de seguros que mantenemos suscrito, autorización que alcanza la posibilidad de compartir la información con las demás empresas de seguros para verificar entre otros aspectos, la existencia de concurrencia de pólizas que cubran el mismo riesgo.

<b>FIRMAS</b>		
_____ Firma del Asegurado/ Reclamante Tipo de Documento <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE No de Documento: _____ Fecha de reclamación: DD / MM / AAAA	_____ Firma y sello de Financiera OH Fecha de recibido: DD / MM / AAAA	_____ Firma y sello de Cardif Fecha de recibido: DD / MM / AAAA

#### IMPORTANTE

La aceptación del siniestro y el pago de la indemnización correspondiente dependen, en su totalidad del análisis realizado por la Asegurado.

**DOCUMENTOS A PRESENTAR SEGÚN COBERTURA****Desempleo****Desempleo Involuntario**

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia de la carta de despido o de la constatación policial del despido.
- Copia simple de la liquidación de beneficios sociales por despido en la que se establezca la causal de despido.
- Copia de la certificación laboral en la que se establezca fecha de inicio y fin del contrato.

**Incapacidad Total Temporal****Incapacidad Total Temporal**

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal emitido por el médico tratante.
- Copia simple de la Historia clínica.