



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.

PRODUCTO:	
<input type="checkbox"/> Desempleo Caja Arequipa	<input type="checkbox"/> Protección Integral Caja Arequipa
COBERTURA AFECTADA	
<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario	<input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal
DOCUMENTOS A PRESENTAR SEGÚN COBERTURA	
<input type="checkbox"/> Formulario de Declaración de Siniestros. <input type="checkbox"/> Copia simple del documento de identidad del asegurado. <input type="checkbox"/> Copia simple de la carta de despido o constatación policial. <input type="checkbox"/> Copia simple de la liquidación de beneficios sociales y certificado de trabajo	<input type="checkbox"/> Formulario de Declaración de Siniestros. <input type="checkbox"/> Copia simple del documento de identidad del asegurado. <input type="checkbox"/> Copia simple del Certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal y días de incapacidad emitido por el médico tratante. <input type="checkbox"/> Copia simple de la Historia clínica.

DATOS DEL ASEGURADO			
Nombres:		Apellidos Paterno:	Apellidos Materno:
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE	Número de Documento:		Fecha de nacimiento:
Dirección Actual:			
Distrito:		Provincia:	Departamento:
Celular:		Teléfono fijo:	Email:

DATOS DEL SINIESTRO																	
Fecha de ocurrencia del siniestro:	D	D	M	M	A	A	A	A	Fecha de Aviso del siniestro:	D	D	M	M	A	A	A	A
Declaración de los hechos de siniestro:																	

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

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

IMPORTANTE

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